Ministerstwo Zdrowia

# OBWIESZCZENIE REFUNDACYJNE NR 74 (1 KWIETNIA 2024 r.)

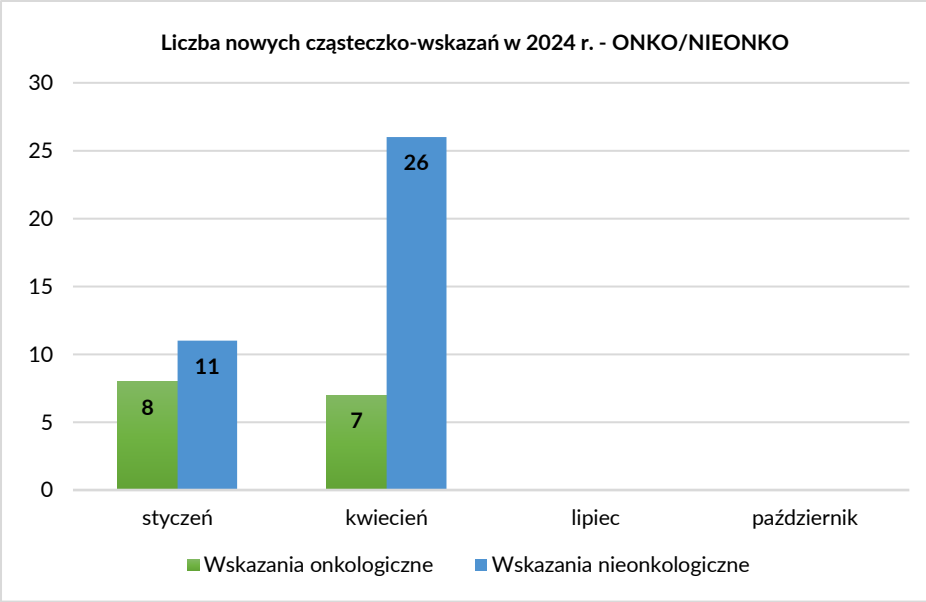
Od początku roku 2024, finansowaniem ze środków publicznych zostały objęte **52 nowe cząsteczko – wskazania**, w tym:

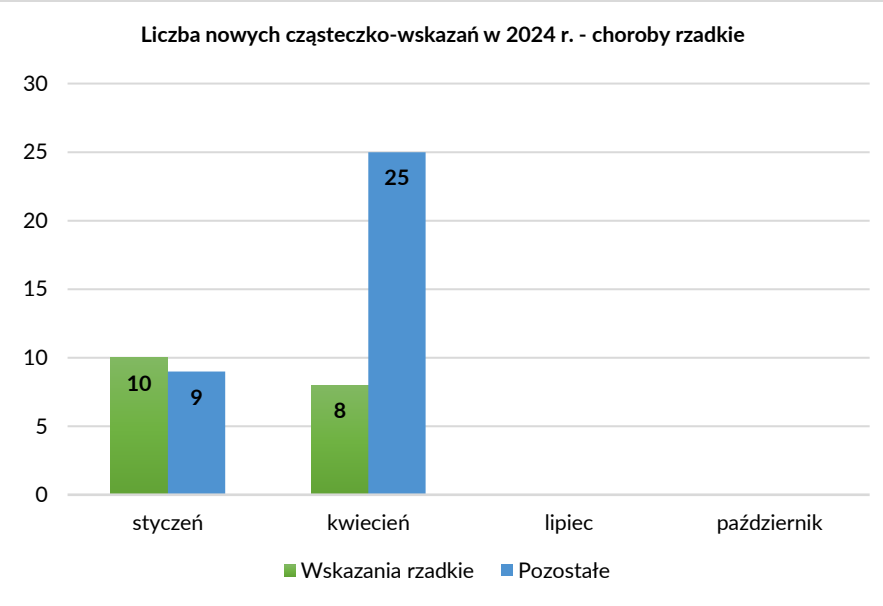
- 15 cząsteczko – wskazań onkologicznych,
- 37 cząsteczko - wskazania nieonkologiczne,
- 18 cząsteczko - wskazań dedykowanych chorobom rzadkim.

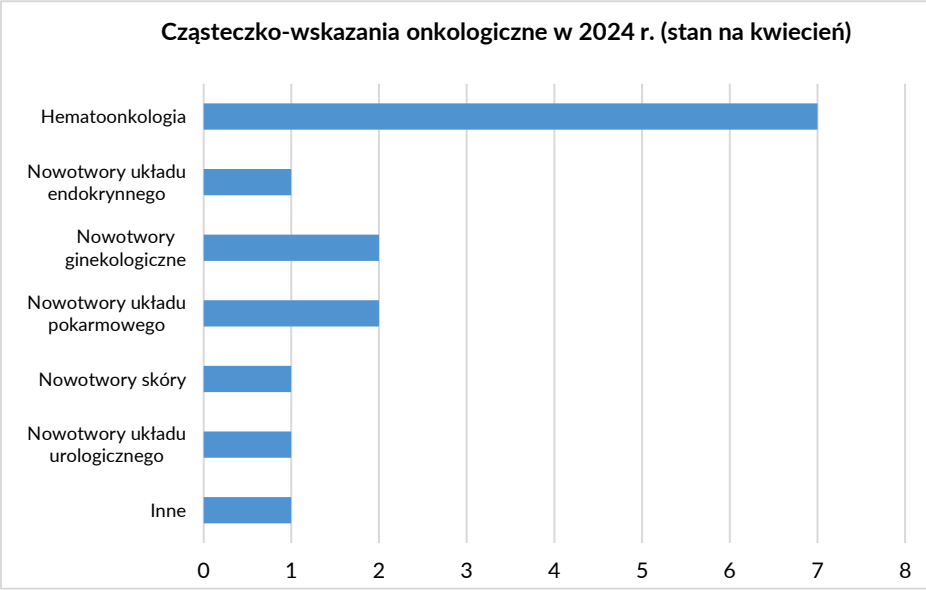
Obwieszczenie refundacyjne obowiązujące od 1 kwietnia 2024 r. (nr 74), w porównaniu do obwieszczenia 73 zawiera następujące zmiany:

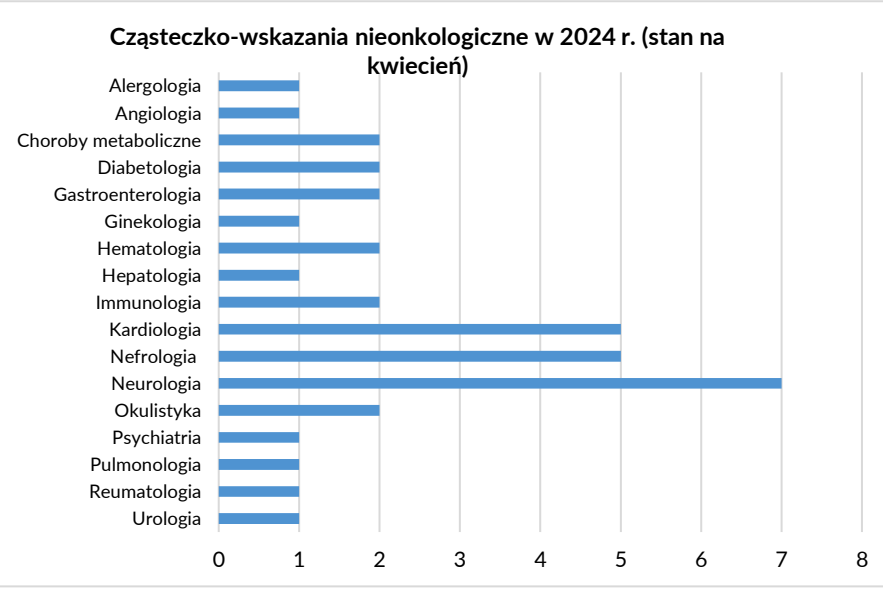
1. W związku z wydaniem pozytywnych decyzji o objęciu refundacją ogółem do wykazu zostało dodanych 86 produktów bądź nowych wskazań.
2. Dla 91 produktów wprowadzono obniżki cen zbytu netto (od 0,01 zł do 8 328,52 zł).
3. Dla 45 produktów podwyższono ceny zbytu netto (od 0,52 zł do 1 500,00 zł).
4. Dla 539 pozycji w obwieszczeniu spadnie dopłata pacjenta (od 0,01 zł do 456,63 zł).
5. Dla 545 pozycji w obwieszczeniu wzrośnie dopłata pacjenta (od 0,01 zł do 198,04 zł).
6. Dla 417 produktów ulegną obniżeniu ceny detaliczne brutto (od 0,01 zł do 27,96 zł).
7. Dla 340 produktów wzrosną ceny detaliczne brutto (od 0,01 zł do 101,63 zł).
8. W związku z wpłynięciem wniosków o skrócenie terminu obowiązywania decyzji refundacyjnych lub upłynięciem terminu obowiązywania decyzji refundacyjnych lub odmową refundacji na kolejny okres w obwieszczeniu nie znajdzie się 72 produktów bądź wskazań figurujących w poprzednim obwieszczeniu.

Obwieszczenie refundacyjne obowiązujące od 1 kwietnia 2024 r. zostało rozszerzone o dwa nowe wykazy G1 i G2 (tzw. „*polskie leki*”) uwzględniające łącznie **355 leków**, rozumianych jako indywidualne kody GTIN. Opracowanie wykazu G1 i G2 wiązało się z wydaniem **1 192 decyzji.**


Liczba nowych cząsteczko-wskazań w 2024 r. - ONKO/NIEONKO
30
25
20
15
10
5
0
8
11
7
26
styczeń
kwiecień
lipiec
październik
Wskazania onkologiczne
Wskazania nieonkologiczne


Liczba nowych cząsteczko-wskazań w 2024 r. - choroby rzadkie
30
25
20
15
10
5
0
10
9
8
25
styczeń
kwiecień
lipiec
październik
Wskazania rzadkie
Pozostałe


Cząsteczko-wskazania onkologiczne w 2024 r. (stan na kwiecień)
Hematoonkologia
Nowotwory układu endokrynnego
Nowotwory ginekologiczne
Nowotwory układu pokarmowego
Nowotwory skóry
Nowotwory układu urologicznego
Inne
0
1
2
3
4
5
6
7
8


Cząsteczko-wskazania nieonkologiczne w 2024 r. (stan na kwiecień)
Alergologia
Angiologia
Choroby metaboliczne
Diabetologia
Gastroenterologia
Ginekologia
Hematologia
Hepatologia
Immunologia
Kardiologia
Nefrologia
Neurologia
Okulistyka
Psychiatria
Pulmonologia
Reumatologia
Urologia
0
1
2
3
4
5
6
7
8

# NOWE WSKAZANIA ORAZ ZMIANY W PROGRAMACH LEKOWYCH i CHEMIOTERAPII

| Programy lekowe i chemioterapia | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nowe wskazania onkologiczne** | | | | | |
| **Lp.** | **Nazwa leku** | **Substancja czynna** | **Numer programu lekowego/załącznika chemioterapii** | **Nazwa programu lekowego/ Załącznika chemioterapii** | **Doprecyzowanie wskazania** |
| 1. | **Lynparza** | *olaparyb* | B.50 | LECZENIE CHORYCH NA RAKA JAJNIKA, RAKA JAJOWODU LUB RAKA OTRZEWNEJ (ICD-10: C56, C57, C48) | Leczenie II linii olaparybem w monoterapii na nawrotowego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej, u chorych z brakiem obecności mutacji w genach BRCA 1/2. |
| 2. | **Opdualag** | *niwolumab + relatlimab* | B.59 | LECZENIECH CHORYCH NA CZERNIAKA SKÓRY LUB BŁON ŚLUZOWYCH (ICD-10: C43) | Leczenie niwolumabem z relatlimabem pacjentów od 12 roku życia z czerniakiem w stopniu zaawansowania III lub IV i z ekspresją PDL1 < 1%. |
| 3. | **Imbruvica** | *ibrutynib* | B.79 | LECZENIE CHORYCH NA PRZEWLEKŁĄ BIAŁACZKĘ LIMFOCYTOWĄ (ICD-10: C91.1) | Leczenie I linii dorosłych chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową ibrutynibem w skojarzeniu z wenetoklaksem (schemat I+V), bez względu na status del17p/mutTP53. **(Choroba rzadka)** |
| 4. | **Calquence** | *akalabrutynib* | B.79 | LECZENIE CHORYCH NA PRZEWLEKŁĄ BIAŁACZKĘ LIMFOCYTOWĄ (ICD-10: C91.1) | Leczenie od II linii dorosłych chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową bez del17p/mutTP53 akalabrutynibem w monoterapii (rozszerzenie dotychczas refundowanego wskazania poprzez usunięcie warunków dotyczących wcześniejszego leczenia wenetoklaksem w skojarzeniu z przeciwciałem anty-CD20 lub z przeciwwskazaniami do tej terapii lub z toksycznością tej terapii). **(Choroba rzadka)** |
| 5. | **Keytruda** | *pembrolizumab* | B.159 | LECZENIE CHORYCH NA RAKA SZYJKI MACICY (ICD-10: C53) | Leczenie I linii pembrolizumabem w skojarzeniu z chemioterapią, z bewacyzumabem lub bez bewacyzumabu chorych na przetrwałego, nawrotowego lub z przerzutami raka szyjki macicy, u których CPS z ekspresją PD-L1 w tkance nowotworowej wynosi ≥ 1. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 6. | **Różne nazwy handlowe** | *kapecytabina* | C.5.b | CAPECITABINE | Rozszerzenie załącznika C.5.b o wskazania pozarejestracyjne:<br>• nowotwory złośliwe narządów głowy i szyi (C00 – C14);<br>• nowotwory złośliwe przełyku (C15);<br>• nowotwory złośliwe jelita cienkiego (C17);<br>• nowotwory złośliwe odbytu i kanału odbytu (C21);<br>• nowotwory złośliwe tarczycy i innych gruczołów wydzielania wewnętrznego (C73 – C75).<br>Rozszerzenie o leczenie choroby zaawansowanej w rozpoznaniach C.22–C.25.<br>**(Wskazanie off-label)** |
| 7. | **Różne nazwy handlowe** | *oksaliplatyna* | C.46.b | OXALIPLATIN | Rozszerzenie załącznika C.46.b o wskazanie pozarejestracyjne: nowotwór złośliwy przełyku (C15).<br>**(Wskazanie off-label)** |

| Nowe wskazania nieonkologiczne | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Lp.** | **Nazwa leku** | **Substancja czynna** | **Numer programu lekowego/załącznika chemioterapii** | **Nazwa programu lekowego/ Załącznika chemioterapii** | **Doprecyzowanie wskazania** |
| 1. | **Tysabri** | *natalizumab (postać podskórna)* | B.29 | LECZENIE CHORYCH NA STWARDNIENIE ROZSIANE (ICD-10: G35) | Refundacja natalizumabu w formie podskórnej. Leczenie pacjentów po nietolerancji terapii z natalizumabem i.v. (w postaci dożylnej) z powodu zapalenia żył po wlewach dożylnych lub z powodu trudnego dostępu do żył. |
| 2. | **Rinvoq** | *upadacytynib* | B.32 | LECZENIE PACJENTÓW Z CHOROBĄ LEŚNIOWSKIEGO – CROHNA (ICD-10: K50) | Leczenie dorosłych pacjentów z rozpoznaną ciężką lub umiarkowaną, czynna postać choroby Leśniowskiego-Crohna - pierwszy lek z grupy inhibitorów JAK. |
| 3. | **Synagis** | *paliwizumab* | 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) | Rozszerzenie populacji kwalifikującej się do leczenia:<br>• pacjentów z mukowiscydozą do 1 roku życia oraz<br>• pacjentów z SMA do 2 roku życia.<br>**(Wskazanie off-label)** |
| 4. | **Tezspire** | *tezepelumab* | B.44 | LECZENIE CHORYCH Z CIĘŻKĄ POSTACIĄ ASTMY (ICD-10: J45, J82) | Leczenie ciężkiej astmy tezepelumabem u pacjentów od 12 r.ż. (przeciwciało monoklonalne (IgG2λ). |
| 5. | **Rinvoq** | *upadacytynib* | B.55 | LECZENIE PACJENTÓW Z WRZODZIEJĄCYM ZAPALENIEM JELITA GRUBEGO (WZJG) (ICD-10: K51) | Leczenie dorosłych pacjentów z postacią ciężką lub umiarkowaną WZJG - kolejny lek z grupy inhibitorów JAK. |
| 6. | **Różne nazwy handlowe** | *różne substancje czynne* | 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) | Leczenie immunoglobulinami zespołu sztywności uogólnionej (SPS), tzw. zespołu sztywnego człowieka - nowe wskazanie.<br>**(Wskazanie off-label)** |
| 7. | **Rinvoq** | *upadacytynib* | B.82 | LECZENIE PACJENTÓW Z AKTYWNĄ POSTACIĄ SPONDYLOARTROPATII (SpA) BEZ ZMIAN RADIOGRAFICZNYCH CHARAKTERYSTYCZNYCH DLA ZZSK (ICD-10: M46.8) | Leczenie aktywnej SpA bez zmian radiolograficznych charakterystyk dla ZZSK w postaci osiowej i obwodowej- pierwszy lek z grupy inhibitorów JAK. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 8. | **Różne nazwy handlowe** | *rytuksymab* | B.97 | LECZENIE DOROSŁYCH CHORYCH NA PIERWOTNĄ MAŁOPŁYTKOWOŚĆ IMMUNOLOGICZNĄ (ICD-10: D69.3) | Leczenie dorosłych chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną. Kolejna opcja terapeutyczna obok agonistów receptora trombopoetyny.<br>**(Wskazanie off-label)**<br>**(Choroba rzadka)** |
| 9. | **Różne nazwy handlowe** | *rytuksymab* | B.98 | LECZENIE PEDIATRYCZNYCH CHORYCH NA PIERWOTNĄ MAŁOPŁYTKOWOŚĆ IMMUNOLOGICZNĄ (ICD-10: D69.3) | Leczenie pediatrycznych chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną. Kolejna opcja terapeutyczna obok agonistów receptora trombopoetyny.<br>**(Wskazanie off-label)**<br>**(Choroba rzadka)** |
| 10. | **Repatha** | *ewolokumab* | B.101 | LECZENIE PACJENTÓW Z ZABURZENIAMI LIPIDOWYMI (ICD-10: E78.01, I21, I22, I25) | Leczenie dorosłych pacjentów z homozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną oraz leczenie pacjentów pediatrycznych (10 - 18 lat) z homozygotyczną i heterozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną. |
| 11. | **Dupixent** | *dupilumab* | B.156 | LECZENIE CHORYCH Z ZAPALENIEM NOSA I ZATOK PRZYNOSOWYCH Z POLIPAMI NOSA (ICD-10: J32, J33) | Leczenie dorosłych pacjentów chorych na ciężkie, przewlekłe zapalenie nosa i zatok przynosowych z polipami nosa (PZZPzPN), u których leczenie ogólnoustrojowymi kortykosteroidami i przebyte co najmniej 2 zabiegi operacyjne zatok (lub przeciwwskazania do zabiegu) nie zapewniają kontroli choroby. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 12. | **Różne nazwy handlowe** | *rytuksymab* | B.157 | LECZENIE CHORYCH Z UOGÓLNIONĄ POSTACIĄ MIASTENII (G.70.0) | Leczenie chorych na miastenię w ramach nowego, dedykowanego programu lekowego.<br>Możliwość stosowania rytuksymabu po leczeniu kortykosteroidami oraz po leczeniu immunosupresyjnym u pacjentów:<br>• z przeciwciałami przeciwko receptorowi acetylocholiny (AChR);<br>• z przeciwciałami przeciwko swoistej dla mięśni kinazie tyrozynowej (MuSK) ;<br>• z przeciwciałami przeciwko białku związanemu z receptorem lipoproteiny o niskiej gęstości 4 (anty-LRP4);<br>• u pacjentów seronegatywnych.<br>**(Wskazanie off-label)**<br>(Choroba rzadka) |
| 13. | **Vyvgart** | *efgartigimod alfa* | B.157 | LECZENIE CHORYCH Z UOGÓLNIONĄ POSTACIĄ MIASTENII (G.70.0) | Leczenie chorych na miastenię w ramach nowego, dedykowanego programu lekowego.<br>Możliwość stosowania efgartigimodu alfa po leczeniu kortykosteroidami oraz po leczeniu immunosupresyjnym u pacjentów z przeciwciałami przeciwko receptorowi acetylocholiny (AChR).<br>(Choroba rzadka) |
| 14. | **Xenpozyme** | *olipudaza alfa* | B.158.FM | LECZENIE CHORYCH Z NIEDOBOREM KWAŚNEJ SFINGOMIELINAZY (ASMD) TYPU A/B i B (ICD-10: E75.241, E75.244) | Leczenie olipudazą alfa dzieci i młodzieży oraz dorosłych jako enzymatyczna terapia zastępcza w leczeniu objawów niedoboru kwaśnej sfingomielinazy (ASMD) typu A/B lub B, niezwiązanych z ośrodkowym układem nerwowym (OUN).<br>**(Choroba rzadka)**<br>**(TLI)** |

| Zmiany w programach lekowych i chemioterapii | | | |
|---|---|---|---|
| **Lp.** | **Numer programu lekowego lub numeru załącznika** | **Nazwa programu lekowego lub załącznika chemioterapii** | **Krótki opis zmian dokonanych w obrębie programu lekowego / załącznika chemioterapii** |
| 1. | B.6 | LECZENIE CHORYCH NA RAKA PŁUCA (ICD-10: C34) ORAZ MIĘDZYBŁONIAKA OPŁUCNEJ (ICD-10: C45) | Wykreślenie zapisów odnoszących się do nierefundowanego leku Zykadia (cerytynib). Dodanie zapisów umożliwiających rozpoznanie raka niedrobnokomórkowego bez ustalonego podtypu „NOS" u chorych z ekspresją PD-L1 < 50% leczonych niwolumabem w skojarzeniu z ipilimumabem i chemioterapią (2 cykle) opartą o pochodne platyny. |
| 2. | B.32 | LECZENIE PACJENTÓW Z CHOROBĄ LEŚNIOWSKIEGO – CROHNA (ICD-10: K50) | Kompleksowa zmiana treści programu lekowego obejmująca wszystkie jego składowe. Wprowadzono liczne zmiany ujednolicające, porządkujące oraz znacząco uproszczono program lekowy. Główna zmiana dotyczy liberalizacji kryteriów kwalifikacji pacjentów dorosłych i pediatrycznych. Udostępniono nowe możliwości terapeutyczne dla pacjentów cechujących się wytworzeniem przetok okołoodbytowych oraz pacjentów po odcinkowej resekcji jelita z powodu choroby Leśniowskiego-Crohna. Uregulowano kwestię kontynuacji terapii rozpoczętej w ramach innego źródła finansowania. Wprowadzone zapisy dotyczące monitorowania wskaźników określających skuteczność leczenia poszczególnych terapii. Ponadto, do programu włączono nową opcję terapeutyczną – upadacytynib. |
| 3. | B.55 | LECZENIE PACJENTÓW Z WRZODZIEJĄCYM ZAPALENIEM JELITA GRUBEGO (WZJG) (ICD-10: K51) | Kompleksowa zmiana treści programu lekowego obejmująca wszystkie jego składowe. Wprowadzono liczne zmiany ujednolicające, porządkujące oraz znacząco uproszczono program lekowy. Główna zmiana dotyczy liberalizacji kryteriów kwalifikacji pacjentów dorosłych i pediatrycznych. Uregulowano kwestię kryteriów kwalifikacji pacjentów hospitalizowanych z powodu ciężkiego rzutu choroby z niedostateczną odpowiedzią na kortykosteroidy, a także kwestię kontynuacji terapii rozpoczętej w ramach innego źródła finansowania. Wprowadzone zapisy dotyczące monitorowania wskaźników określających skuteczność leczenia poszczególnych terapii. Ponadto, do programu włączono nową opcję terapeutyczną – upadacytynib. |
| 4. | B.56 | LECZENIE CHORYCH NA RAKA GRUCZOŁU KROKOWEGO (ICD-10: C61) | Wykreślenie zapisów odnoszących się do nierefundowanego leku Xofigo (dichlorek radu-223). Wprowadzenie zmian porządkujących i ujednolicających zapisy. Dodanie zapisów i wskaźników dotyczących oceny skuteczności terapii. Ponadto zmodyfikowano zapis umożliwiający monitorowanie skuteczności leczenia przy oznaczeniu stężenia PSA. |
| 5. | B.59 | LECZENIE CHORYCH NA CZERNIAKA SKÓRY LUB BŁON ŚLUZOWYCH (ICD-10: C43) | Kompleksowe zmiany porządkujące w programie zainicjowane wprowadzeniem nowego leku, tj. niwolumabu w skojarzeniu z relatlimabem oraz wprowadzenie w kryteriach kwalifikacji zapisu o *nieobecności innych nowotworów niekontrolowanych leczeniem*. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 6. | B.95 | LECZENIE CHORYCH Z ATYPOWYM ZESPOŁEM HEMOLITYCZNO-MOCZNICOWYM (aHUS) (ICD-10: D59.3) | Zmiany kryteriów kwalifikacji do programu w zakresie umożliwienia leczenia za pomocą substancji ekulizumab lub rawulizumab, dorosłych pacjentów z wartością parametru PLASMIC Score≤5 (PS≤5), którzy oczekują na wynik badania aktywności ADAMTS13 oraz zmiany czasu leczenia w programie w zakresie skrócenia czasu z 6 miesięcy na 3 miesiące od rozpoczęcia terapii na składanie wniosków do ZK o kontynuację lub czasowe przerwanie leczenia. |
| 7. | B.101 | LECZENIE PACJENTÓW Z ZABURZENIAMI LIPIDOWYMI (ICD-10: E78.01, I21, I22, I25) | Zmiana jednego z kryteriów włączenia w części dotyczącej dorosłych pacjentów z bardzo wysokim ryzykiem chorób układu sercowo-naczyniowego, polegająca na zmianie poziomu LDL-C z „LDL-C >100 mg/dl (2,5 mmol/l)" na „LDL-C >70 mg/dl (1,8 mmol/l)", skutkująca rozszerzeniem populacji. |
| 8. | B.102.FM | LECZENIE CHORYCH NA RDZENIOWY ZANIK MIĘŚNI (ICD-10: G12.0, G12.1) | Rozszerzenie kryteriów kwalifikacji w programie lekowym dotyczącym chorych na rdzeniowy zanik mięśni:<br>• możliwość zastosowania terapii onasemnogen abeparwowek otrzymają pacjenci leczeni terapią nusinersen lub rysdyplam:<br>a) po ustąpieniu przeciwwskazań do terapii onasemnogen abeparwowek (pierwotnie pacjent nie otrzymał onasemnogen abeparwowek ze względu na wystąpienie przeciwwskazań z zastrzeżeniem masy ciała do 13,5 kg);<br>b) urodzeni przed 1 września 2022 r. (z zastrzeżeniem masy ciała do 13,5 kg);<br>• możliwość stosowania nusinersenu podczas ciąży;<br>• możliwość kontynuacji terapii nusinersenem lub rysdyplamem u 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. |
| 9. | B.112 | LECZENIE CHORYCH NA MUKOWISCYDOZĘ (ICD-10: E84) | Kompleksowa zmiana programu lekowego implementująca szereg modyfikacji porządkujących oraz ujednolicających jego zapisy. Wprowadzone zostały zapisy dotyczące monitorowania wskaźników określających skuteczność leczenia terapii finansowanych w programie. Zmianie uległa również częstotliwość wykonywania badań w pkt 2 Monitorowanie leczenia. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 10. | 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) | Zmiana nazwy i treści programu lekowego w związku z objęciem refundacją letermowiru we wskazaniu: stosowanie letermowiru w celu zapobiegania reaktywacji cytomegalowirusa (CMV) i rozwojowi choroby u dzieci przed ukończeniem 18 roku życia, seropozytywnych względem CMV, które były poddane zabiegowi przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (alloHSCT). Wprowadzone zapisy dotyczące monitorowania wskaźników określających skuteczność leczenia terapii. |
| 11. | C.5.a<br>C.5.b<br>C.5.c | CAPECITABINE | Kompleksowa zmiana polegająca na przeniesieniu kodów ICD-10 z załącznika C.5.c. do C.5.b.<br>Zmiany w załącznikach C.5.a. i C.5.b. o charakterze porządkującym. |

# NOWE WSKAZANIA ORAZ ZMIANY W REFUNDACJI APTECZNEJ

| Apteka | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Nowe wskazania refundacyjne** | | | | |
| **Lp.** | **Nazwa leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia lub wyrobu medycznego** | **Substancja czynna** | **Wskazanie refundacyjne** | **Doprecyzowanie wskazania** |
| 1. | **Invokana** | *kanagliflozyna* | Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych **co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c ≥ 7,5%** oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako:<br>1)potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub<br>2)uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub<br>3)obecność 3 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej:<br>-wiek ≥ 55 lat dla mężczyzn, ≥60 lat dla kobiet,<br>-dyslipidemia,<br>-nadciśnienie tętnicze,<br>-palenie tytoniu,<br>-otyłość; | Powrót na wykaz leków refundowanych po 5-miesięcznej nieobecności, we wskazaniu niezmienionym w stosunku do wskazania obowiązującego do 31 października 2023 r. |
| 2. | **Jardiance** | *empagliflozyna* | 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%) | Rozszerzenie wskazania do stosowania empagliflozyny u chorych z niewydolnością serca, poprzez zmianę wymaganej do rozpoczęcia leczenia frakcji wyrzutowej lewej komory serca z poziomu ≤40% na ≤50%. |
| 3. | **Jardiance** | *empagliflozyna* | 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. | Rozszerzenie obecnie refundowanych wskazań klinicznych o przewlekłą chorobę nerek u pacjentów dorosłych. |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 4. | **Mizetam** | *ezetymib + atorwastatyna* | 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 | Rozszerzenie wskazania do stosowania leku złożonego w zapobieganiu zdarzeń sercowo-naczyniowych u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca i ostrym zespołem wieńcowym w wywiadzie. |
| 5. | **Różne nazwy handlowe** | *ezetymib* | 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 | Zmiana wskazania refundacyjnego z: „Hipercholesterolemia LDL-C powyżej 130 mg/dl utrzymująca się pomimo terapii statynami w przypadku: stanu po zawale serca lub rewaskularyzacji wieńcowej (przezskórnej lub kardiochirurgicznej), stanu po rewaskularyzacji obwodowej lub amputacji obwodowej z powodu choroby miażdżycowej, hipercholesterolemii rodzinnej”, skutkująca rozszerzeniem populacji. |
| 6. | **Różne nazwy handlowe** | *mykofenolan mofetylu* | Miastenia | W ramach kompleksowego podejścia do leczenia chorych na miastenię do refundacji wprowadzono wszystkie możliwe technologie dla tej jednostki chorobowej.<br>**(Wskazanie off-label)**<br>(Choroba rzadka) |
| 7. | **Różne nazwy handlowe** | *takrolimus* | Zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia | Nowe wskazanie refundacyjne w ramach leczenia takrolimusem.<br>**(Wskazanie off-label)** |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 8. | **Różne nazwy handlowe** | *takrolimus* | 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 | Rozszerzenie jednego z dotychczas obowiązujących wskazań refundacyjnych takrolimusu.<br>**(Wskazanie off-label)** |
| 9. | **Rxulti** | *brekspiprazol* | Schizofrenia u pacjentów dorosłych po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii pozostałymi lekami przeciwpsychotycznymi II generacji | Brekspiprazol jest kolejnym atypowym lekiem przeciwpsychotycznym, który poszerza zakres możliwości terapeutycznych w doustnym leczeniu schizofrenii. Charakteryzuje się korzystnym profilem metabolicznym. Analogicznie jak lurazydon będzie refundowany w przypadku nieskuteczności lub przeciwwskazań do terapii pozostałymi lekami przeciwpsychotycznymi II generacji - jednak wyłącznie w populacji osób dorosłych. |
| 10. | **Ryeqo** | *relugolixum + estradiolum + norethisterone acetate* | 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 | Nowy lek wieloskładnikowy stosowany w leczeniu mięśniaków macicy dostępny w ramach refundacji aptecznej. |
| 11. | **Solitombo** | *solifenacyna + tamsulosyna* | 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 | Produkt leczniczy złożony. Preparat zawiera połączenie dwóch substancji czynnych stosowanych w łagodnym rozroście gruczołu krokowego. Produkt korzystnie wpływa na zachowanie odpowiedniej adherencji terapeutycznej. |
| 12. | **Veltassa** | *patiromer* | Leczenie hyperkaliemii 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) | Produkt leczniczy stosowany w hiperkaliemii u dorosłych pacjentów. Patiromer jest niewchłanialnym polimerem, który zwiększa wydalanie potasu poprzez wiązanie potasu w świetle przewodu pokarmowego. Lek finansowany w ramach Funduszu Medycznego.<br>(TLK) |

| Zmiany na liście 65+ | | | |
|---|---|---|---|
| **Lp.** | **Substancja czynna** | **Wskazanie refundacyjne** | **Dodatkowe informacje** |
| 1. | *kanagliflozyna* | 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. | Powrót na wykaz leków refundowanych i na listę bezpłatnych leków dla seniorów po 5-miesięcznej nieobecności, we wskazaniu niezmienionym w stosunku do wskazania obowiązującego do 31 października 2023 r. |
| 2. | *solifenacyna + tamsulosyna* | 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 | Produkt leczniczy złożony. Obecnie na wykazie 65+ znajdują się produkty lecznicze jednoskładnikowe z solifenacyną oraz tamsulosyną. |

## POLSKIE LEKI

Ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 r. o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2023 r. poz. 1938) wprowadziła nowe rozwiązania mające na celu zwiększenie udziału w rynku produktów leczniczych wytwarzanych przez przemysł farmaceutyczny na terytorium Polski. Przedmiotowa nowelizacja ustawy o refundacji, wprowadziła szereg przepisów dotyczących zarówno bezpośrednio Bezpieczeństwa Lekowego Polski (BLP), jak i pośrednio wpływających na dostępność leków dla pacjentów. Zaproponowany w ustawie mechanizm BLP, pozwala zwiększyć znaczenie wpływu działalności inwestycyjnej wnioskodawcy w zakresie związanym z ochroną zdrowia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zwłaszcza uwzględniający aspekt produkcji leków na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej bądź wykorzystania do produkcji takich leków substancji czynnej wyprodukowanej na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej stanowi zachętę do rozwoju produkcji substancji czynnych i leków w kraju. Dzięki wprowadzonym regulacjom możliwe jest wnioskowanie o większe benefity w zakresie refundacji. Obecnie Wnioskodawcy mogą się ubiegać o następujące preferencje:

- zwolnienie z obowiązku zapłaty kwoty przekroczenia w przypadku przekroczenia całkowitego budżetu na refundację, o którym mowa w art. 4 (tzw. payback ustawowy), wówczas koszt ten ponosi Fundusz,
- wydanie pierwszej decyzji o objęciu refundacją na okres 3 lat, a każdej kolejnej decyzji o objęciu refundacją na okres 5 lat pod warunkiem, że proponowana cena zbytu netto nie przekroczy 150% ceny zbytu netto leku stanowiącej podstawę limitu w grupie limitowej, w której znajduje się lek będący przedmiotem wniosku, z obwieszczenia Ministra Zdrowia, obowiązującego w dniu złożenia wniosku, chyba że lek nie był dotychczas wytwarzany w Polsce wówczas pierwsza decyzja o objęciu refundacją jest wydawana na okres 5 lat,
- zwolnione z negocjacji cenowych z Komisją Ekonomiczną, w ramach wniosków stanowiących kontynuację refundacji leku refundowanych w aptece,
- rozpatrzenie wniosku w terminie nie dłuższym niż 90 dni, dla leków dostępnych w aptece, oraz nie dłuższym niż 120 dni dla leków refundowanych w ramach chemioterapii lub programów lekowych,

- zmniejszenie opłaty za złożenie wniosku lub jego uzupełnienie do poziomu 50%,
- obniżenie do 50% opłaty za analizę weryfikacyjną,
- umożliwienie ustalenia urzędowej ceny zbytu w wysokości 75% urzędowej ceny zbytu jedynego odpowiednika refundowanego w danym wskazaniu,

Dodatkowo wraz z nadaniem statusu „polskiego leku" redukcji ulega poziom odpłatności pacjenta za lek refundowany w aptece o 10%, jeżeli lek jest wytwarzany w Polsce albo do jego wytworzenia wykorzystano substancję czynną wyprodukowaną na terenie Rzeczpospolitej Polskiej albo o 15%, jeżeli lek jest wytwarzany w Polsce z wykorzystaniem substancji czynnej wytwarzanej w Polsce.

Mając na względzie powyższe, niniejsze obwieszczenie uzupełniono o dwa nowe wykazy, tj.:

- wykaz G1 - Leki wytwarzane na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej albo takie, do których wytworzenia wykorzystano substancję czynną wytworzoną na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
- wykaz G2 - Leki wytwarzane na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej z wykorzystaniem substancji czynnej wytwarzanej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Wykaz G1 zawiera **331 leków** rozumianych jako indywidualne kody GTIN. Lista leków wytwarzanych w Polsce albo z substancji czynnej wytwarzanej w Polsce obejmuje **prawie 90 substancji czynnych lub ich połączeń** umieszczonych w **71 grupach limitowych**. Leki umieszczone na wykazie G1 należą do portfolio **7 podmiotów odpowiedzialnych** (Adamed Pharma S.A., Celon Pharma S.A., Gedeon Richter Polska Sp. z o.o., Tarchomińskie Zakłady Farmaceutyczne "Polfa" S.A., Teva Pharmaceuticals Polska Sp. z o.o., Warszawskie Zakłady Farmaceutyczne Polfa S.A., Zakłady Farmaceutyczne POLPHARMA S.A.) i objęte są 10% redukcją kwoty stanowiącej dopłatę pacjenta. Wśród tej grupy produktów leczniczych znalazły się m.in. leki: antyhistaminowe, cytostatyczne, hipoglikemizujące, hipolipemizujące, hipotensyjne, przeciwarytmiczne, przeciwbakteryjne, przeciwgrzybicze, przeciwwirusowe, przeciwbólowe, przeciwdrgawkowe, przeciwpsychotyczne, przeciwreumatyczne, przeciwparkinsonowskie, przeciwzakrzepowe, stosowane w chorobach dróg oddechowych, stosowane w chorobach urologicznych, stosowane w chorobach układu pokarmowego.

Wykaz G2 zawiera **24 leki** rozumiane jako indywidualne kody GTIN. Lista leków wytwarzanych w Polsce z wykorzystaniem substancji czynnej wytwarzanej w Polsce obejmuje **11 substancji czynnych lub ich połączeń** umieszczonych w **10 grupach limitowych**. Leki umieszczone na wykazie G2 należą do portfolio **3 podmiotów odpowiedzialnych** (Tarchomińskie Zakłady Farmaceutyczne "Polfa" S.A., Warszawskie Zakłady Farmaceutyczne Polfa S.A., Zakłady Farmaceutyczne POLPHARMA S.A.) i objęte są 15% redukcją kwoty stanowiącej dopłatę pacjenta. Wśród tej grupy produktów leczniczych znalazły się m.in. leki: hipoglikemizujące, hipotensyjne, przeciwdrgawkowe, przeciwpsychotyczne, przeciwzakrzepowe, stosowane w chorobach dróg oddechowych.

## PRZYWRÓCENIE STAWKI VAT NA ŚRODKI SPOŻYWCZE SPECJALNEGO PRZEZNACZENIA ŻYWIENIOWEGO

Zgodnie z informacja zamieszczoną na oficjalnej stronie Ministerstwa Finansów, *w związku z najnowszymi odczytami inflacji oraz prognozami dynamiki cen podstawowych produktów spożywczych objętych przejściową stawką VAT 0%, Ministerstwo Finansów podjęło decyzję o nieprzedłużaniu po 31.03.2024 roku okresowego obniżenia stawki VAT na podstawowe produkty spożywcze*. Konsekwencją decyzji Ministerstwa Finansów jest przywrócenie 5% stawki VAT do wyliczeń cenowych refundowanych środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego zawartych na wykazie A2 i wykazie B (produkt L-karnityna) niniejszego obwieszczenia.

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

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

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

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych 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 | 2022-05-01 | 3 lata | 17.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory alfaglukozydazy - akarboza | 12,30 | 13,28 | 14,08 | 18,95 | 18,95 | Cukrzyca | | 30% | 5,69 |
| 2 | Acarbosum | Adeksa, tabl., 50 mg | 30 szt. | 05909990893386 | 2022-05-01 | 3 lata | 17.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory alfaglukozydazy - akarboza | 8,70 | 9,40 | 9,96 | 12,77 | 9,48 | Cukrzyca | | 30% | 6,13 |
| 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 | 2021-09-01 | 3 lata | 115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego | 8,98 | 9,70 | 10,28 | 14,21 | 12,67 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 7,88 |
| 6 | Aciclovirum | Aciclovir Aurovitas, tabl., 400 mg | 30 szt. | 05909991413675 | 2021-09-01 | 3 lata | 115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego | 14,50 | 15,66 | 16,60 | 23,04 | 23,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 11,52 |
| 7 | Aciclovirum | Aciclovir Aurovitas, tabl., 800 mg | 30 szt. | 05909991413736 | 2021-09-01 | 3 lata | 115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego | 29,00 | 31,32 | 33,20 | 42,67 | 42,67 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 21,34 |
| 8 | Aciclovirum | Hascovir, tabl., 200 mg | 30 szt. | 05909991049515 | 2022-01-01 | 3 lata | 115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego | 10,50 | 11,34 | 12,02 | 15,95 | 12,67 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 9,62 |
| 9 | Aciclovirum | Hascovir, tabl., 400 mg | 30 szt. | 05909991052218 | 2022-01-01 | 3 lata | 115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego | 17,50 | 18,90 | 20,03 | 26,47 | 25,34 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 13,80 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych 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 | 2022-01-01 | 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% | 3,77 |
| 19 | Acidum alendronicum | Ostenil 70, tabl., 70 mg | 6 szt. | 05909991087425 | 2022-01-01 | 3 lata | 147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy | 11,77 | 12,71 | 13,48 | 18,21 | 18,21 | Osteoporoza | | 30% | 5,46 |
| 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 | 2023-09-01 | 3 lata | 245.0, Leki stosowane w chorobach dróg żółciowych i wątroby – kwas ursodeoksycholowy | 75,15 | 81,16 | 86,03 | 98,48 | 83,43 | Pierwotna żółciowa marskość wątroby w początkowym stadium choroby | | 30% | 40,08 |
| 27 | Acidum ursodeoxycholicum | Ursocam, tabl., 250 mg | 90 szt. | 05909991314675 | 2022-11-01 | 3 lata | 245.0, Leki stosowane w chorobach dróg żółciowych i wątroby – kwas ursodeoksycholowy | 68,00 | 73,44 | 77,85 | 89,59 | 75,09 | Pierwotna żółciowa marskość wątroby w początkowym stadium choroby | | 30% | 37,03 |
| 28 | Acidum ursodeoxycholicum | Ursopol, kaps. twarde, 300 mg | 50 szt. | 05909990798223 | 2023-01-01 | 3 lata | 245.0, Leki stosowane w chorobach dróg żółciowych i wątroby – kwas ursodeoksycholowy | 45,00 | 48,60 | 51,52 | 61,13 | 50,06 | Pierwotna żółciowa marskość wątroby w początkowym stadium choroby; Wewnątrzwątrobowa cholestaza ciężarnych | | 30% | 26,09 |
| 29 | Acidum ursodeoxycholicum | Ursoxyn, kaps. twarde, 250 mg | 100 szt. | 05909991325794 | 2022-09-01 | 3 lata | 245.0, Leki stosowane w chorobach dróg żółciowych i wątroby – kwas ursodeoksycholowy | 62,00 | 66,96 | 70,98 | 83,43 | 83,43 | Zaburzenia czynności wątroby i dróg żółciowych związane z mukowiscydozą; Pierwotna żółciowa marskość wątroby w początkowym stadium choroby | | 30% | 25,03 |
| 30 | Acidum valproicum | Convulex, kaps. miękkie, 500 mg | 100 szt. | 05909990023813 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu | 32,20 | 34,78 | 36,86 | 45,74 | 45,74 | Padaczka | neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | ryczałt | 3,56 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych 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. | 05909991210328 | 2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu | 14,45 | 15,61 | 16,55 | 22,35 | 22,35 | Padaczka | neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych 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. | 05909991210328 | 2022-05-01 | 3 lata | 161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu | 14,45 | 15,61 | 16,55 | 22,35 | 22,35 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 40 | Acidum valproicum + Natrii valproas | Depakine Chrono 500, tabl. 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 |
| 41 | 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 |
| 42 | 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 |
| 43 | 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 |
| 44 | 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 |
| 45 | 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 |
| 46 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 47 | Acidum valproicum + Natrii valproas | Depakine Chronosphere 250, 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 |
| 48 | 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 |
| 49 | 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 |
| 50 | 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 |
| 51 | 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 |
| 52 | Acidum zoledronicum | Osporil, roztwór do infuzji, 4 mg/100 ml | 1 fiol.po 100 ml | 05909991228392 | 2021-05-01 | 3 lata | 146.3, Leki stosowane w chorobach kości - 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 |
| 53 | Acidum zoledronicum | Zerlinda, roztwór do infuzji, 4 mg/100 ml | 1 worek po 100 ml | 05909991103163 | 2023-09-01 | 3 lata | 146.3, Leki stosowane w chorobach kości - 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 |
| 54 | 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 |
| 55 | Acidum zoledronicum | Zomikos, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml | 1 fiol.po 5 ml | 05909990948994 | 2021-07-01 | 3 lata | 146.3, Leki stosowane w chorobach kości - 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 | 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** |
| 56 | Acitretinum | Acitren, kaps. twarde, 10 mg | 100 szt. | 05909990907755 | 2022-09-01 | 3 lata | 53.0, Leki przeciwłuszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna | 128,00 | 138,24 | 146,53 | 163,21 | 163,21 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 57 | Acitretinum | Acitren, kaps. twarde, 10 mg | 30 szt. | 05909990907731 | 2022-09-01 | 3 lata | 53.0, Leki przeciwłuszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna | 40,00 | 43,20 | 45,79 | 55,54 | 49,90 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 8,84 |
| 58 | Acitretinum | Acitren, kaps. twarde, 25 mg | 100 szt. | 05909990907786 | 2022-09-01 | 3 lata | 53.0, Leki przeciwłuszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna | 320,00 | 345,60 | 366,34 | 389,36 | 389,36 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 7,62 |
| 59 | Acitretinum | Acitren, kaps. twarde, 25 mg | 30 szt. | 05909990907762 | 2022-09-01 | 3 lata | 53.0, Leki przeciwłuszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna | 96,00 | 103,68 | 109,90 | 124,75 | 124,75 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 60 | Acitretinum | Neotigason, kaps., 10 mg | 100 szt. | 05909990697021 | 2022-01-01 | 3 lata | 53.0, Leki przeciwłuszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna | 128,00 | 138,24 | 146,53 | 163,21 | 163,21 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 61 | Acitretinum | Neotigason, kaps., 10 mg | 30 szt. | 05909990854462 | 2023-01-01 | 3 lata | 53.0, Leki przeciwłuszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna | 40,00 | 43,20 | 45,79 | 55,54 | 49,90 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 8,84 |
| 62 | Acitretinum | Neotigason, kaps., 25 mg | 100 szt. | 05909990696925 | 2022-01-01 | 3 lata | 53.0, Leki przeciwłuszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna | 320,00 | 345,60 | 366,34 | 389,36 | 389,36 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 7,62 |
| 63 | Adrenalinum | Adrenalina WZF, roztwór do wstrzykiwań, 300 µg/0,3 ml | 1 amp.-strz.po 1 ml | 05909991069711 | 2022-07-01 | 3 lata | 32.1, Leki stosowane doraźnie w nagłych przypadkach anafilaksji - leki adrenergiczne i dopaminergiczne - epinefryna - do podawania pozajelitowego | 41,00 | 44,28 | 46,94 | 56,98 | 56,98 | Leczenie doraźne w nagłych przypadkach ostrych reakcji alergicznych (anafilaksji), wywołanych przez pokarmy, leki, ukąszenia i użądlenia owadów oraz inne alergeny, jak również w przypadku anafilaksji samoistnej | | 50% | 28,49 |
| 64 | Agomelatinum | Agolek, tabl. powl., 25 mg | 28 szt. | 05909991388768 | 2021-07-01 | 3 lata | 225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna | 46,90 | 50,65 | 53,69 | 64,28 | 62,94 | Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii | | 30% | 20,22 |
| 65 | Agomelatinum | Agomelatine +pharma, tabl. powl., 25 mg | 30 szt. | 05901720140494 | 2021-07-01 | 3 lata | 225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna | 48,50 | 52,38 | 55,52 | 66,48 | 66,48 | Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii | | 30% | 19,94 |
| 66 | Agomelatinum | Agomelatine G.L. Pharma, tabl. powl., 25 mg | 28 szt. | 09008732009293 | 2022-03-01 | 3 lata | 225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna | 45,00 | 48,60 | 51,52 | 62,11 | 62,11 | Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii | | 30% | 18,63 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 67 | Agomelatinum | Agomelatyna Egis, tabl. powl., 25 mg | 28 szt. | 05995327174952 | 2021-09-01 | 3 lata | 225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna | 45,95 | 49,63 | 52,61 | 63,20 | 62,94 | Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii | | 30% | 19,14 |
| 68 | Agomelatinum | Lamegom, tabl. powl., 25 mg | 28 szt. | 03838989699352 | 2021-05-01 | 3 lata | 225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna | 45,73 | 49,39 | 52,35 | 62,94 | 62,94 | Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii | | 30% | 18,88 |
| 69 | Agomelatinum | Symago, tabl. powl., 25 mg | 28 szt. | 05909991391423 | 2021-07-01 | 3 lata | 225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna | 45,73 | 49,39 | 52,35 | 62,94 | 62,94 | Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii | | 30% | 18,88 |
| 70 | Alergeny kurzu domowego | Novo-Helisen Depot, zawiesina do wstrzykiwań, stężenie: 1 - 50 TU/ml lub 50 PNU/ml; 2 - 500 TU/ml lub 500 PNU/ml; 3 - 5000 TU/ml lub 5000 PNU/ml | 3 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 |
| 71 | Alfuzosini hydrochloridum | Alfabax, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990746576 | 2022-05-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 18,00 | 19,44 | 20,61 | 26,72 | 25,61 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 5,38 |
| 72 | Alfuzosini hydrochloridum | Alfurion, tabl. o 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 |
| 73 | 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 |
| 74 | Alfuzosini hydrochloridum | Dalfaz Uno, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 30 szt. (blister) | 05909990837816 | 2022-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 22,50 | 24,30 | 25,76 | 31,87 | 25,61 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 10,53 |
| 75 | Allopurinolum | Allupol, tabl., 100 mg | 50 szt. | 05909990109418 | 2024-04-01 | 3 lata | 145.0, Leki stosowane w leczeniu dny | 5,25 | 5,67 | 6,21 | 8,81 | 8,81 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 2,88 |
| 76 | Allopurinolum | Allupol, tabl., 300 mg | 30 szt. | 05909991316228 | 2024-04-01 | 3 lata | 145.0, Leki stosowane w leczeniu dny | 9,80 | 10,58 | 11,22 | 15,46 | 15,46 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 2,88 |

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

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

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 108 | 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 |
| 109 | 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 |
| 110 | Amlodipinum | Adipine, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990642267 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 7,90 | 8,53 | 9,07 | 13,62 | 13,62 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 4,09 |
| 111 | Amlodipinum | Adipine, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990642311 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 4,70 | 5,08 | 5,62 | 8,21 | 8,21 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 2,46 |
| 112 | Amlodipinum | Agen 10, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991099022 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 9,04 | 9,76 | 10,35 | 14,90 | 14,90 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 4,47 |
| 113 | Amlodipinum | Agen 10, tabl., 10 mg | 60 szt. | 05909991436636 | 2021-05-01 - dla kolumny 14, 2021-05-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 15,20 | 16,42 | 17,40 | 24,58 | 24,58 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 7,37 |
| 114 | Amlodipinum | Agen 10, tabl., 10 mg | 60 szt. | 05909991067540 | 2022-07-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 15,60 | 16,85 | 17,86 | 25,04 | 25,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 7,51 |
| 115 | Amlodipinum | Agen 5, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909991098926 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 4,54 | 4,90 | 5,44 | 8,03 | 8,03 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 2,41 |
| 116 | Amlodipinum | Agen 5, tabl., 5 mg | 60 szt. | 05909991436759 | 2021-05-01 - dla kolumny 14, 2021-05-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 7,60 | 8,21 | 8,75 | 13,30 | 13,30 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 3,99 |
| 117 | Amlodipinum | Agen 5, tabl., 5 mg | 60 szt. | 05909991067533 | 2022-07-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 7,80 | 8,42 | 8,96 | 13,51 | 13,51 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 4,05 |
| 118 | Amlodipinum | Aldan, tabl., 10 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909991008734 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 9,90 | 10,69 | 11,33 | 15,88 | 15,88 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z 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 |
| 119 | Amlodipinum | Aldan, tabl., 5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909991008635 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 5,10 | 5,51 | 6,05 | 8,64 | 8,64 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 2,59 |
| 120 | Amlodipinum | Alneta, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991068073 | 2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 9,90 | 10,69 | 11,33 | 15,88 | 15,88 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 4,76 |
| 121 | Amlodipinum | Alneta, tabl., 10 mg | 60 szt. | 05909991068097 | 2021-05-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 18,48 | 19,96 | 21,16 | 28,34 | 28,34 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 8,50 |
| 122 | Amlodipinum | Alneta, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909991067977 | 2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 4,95 | 5,35 | 5,89 | 8,48 | 8,48 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 2,54 |
| 123 | Amlodipinum | Alneta, tabl., 5 mg | 60 szt. | 05909991067991 | 2021-05-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 9,24 | 9,98 | 10,57 | 15,12 | 15,12 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 4,54 |
| 124 | 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 |
| 125 | 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 |
| 126 | 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 |
| 127 | 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 |
| 128 | Amlodipinum | Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991361020 | 2021-07-01 - dla kolumny 14, 2021-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 5,69 | 6,15 | 6,69 | 11,02 | 11,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 3,31 |
| 129 | Amlodipinum | Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991478148 | 2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 8,85 | 9,56 | 10,13 | 14,68 | 14,68 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 4,40 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 130 | Amlodipinum | Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991511449 | 2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 8,85 | 9,56 | 10,13 | 14,68 | 14,68 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 4,40 |
| 131 | Amlodipinum | Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991464462 | 2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 8,90 | 9,61 | 10,18 | 14,73 | 14,73 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 4,42 |
| 132 | Amlodipinum | Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990048977 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 11,35 | 12,26 | 12,99 | 17,54 | 17,33 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 5,41 |
| 133 | Amlodipinum | Amlopin 5 mg, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909991361013 | 2021-07-01 - dla kolumny 14, 2021-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 3,77 | 4,07 | 4,61 | 7,05 | 7,05 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 2,12 |
| 134 | Amlodipinum | Amlopin 5 mg, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990048939 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 5,65 | 6,10 | 6,64 | 9,23 | 8,67 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 3,16 |
| 135 | Amlodipinum | Amlozek, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990799817 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 13,73 | 14,83 | 15,71 | 20,26 | 17,33 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 7,32 |
| 136 | Amlodipinum | Amlozek, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990799718 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 9,78 | 10,56 | 11,20 | 13,79 | 8,67 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 6,95 |
| 137 | Amlodipinum | Cardilopin, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990907519 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 9,00 | 9,72 | 10,30 | 14,85 | 14,85 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 4,46 |
| 138 | Amlodipinum | Cardilopin, tabl., 2.5 mg | 30 szt. | 05909990907311 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 3,80 | 4,10 | 4,64 | 6,11 | 4,33 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 3,08 |
| 139 | Amlodipinum | Cardilopin, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990907410 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 4,50 | 4,86 | 5,40 | 7,99 | 7,99 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 2,40 |
| 140 | Amlodipinum | Normodipine, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990993116 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 7,86 | 8,49 | 9,03 | 13,58 | 13,58 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 4,07 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 141 | Amlodipinum | Normodipine, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990993017 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 3,90 | 4,21 | 4,75 | 7,34 | 7,34 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 2,20 |
| 142 | Amlodipinum | Tenox, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990963119 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 9,90 | 10,69 | 11,33 | 15,88 | 15,88 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 4,76 |
| 143 | Amlodipinum | Tenox, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990963010 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 4,95 | 5,35 | 5,89 | 8,48 | 8,48 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 2,54 |
| 144 | Amlodipinum | Tenox, tabl., 5 mg | 90 szt. | 05909990421824 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 14,85 | 16,04 | 17,00 | 23,14 | 23,14 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 6,94 |
| 145 | Amlodipinum | Vilpin, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991042912 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 9,70 | 10,48 | 11,10 | 15,65 | 15,65 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 4,70 |
| 146 | Amlodipinum | Vilpin, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990621217 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 4,75 | 5,13 | 5,67 | 8,26 | 8,26 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 2,48 |
| 147 | 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 |
| 148 | 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 |
| 149 | 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 |
| 150 | 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 |
| 151 | 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 |

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

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 163 | Amoxicillinum | Amotaks, tabl., 1 g | 20 szt. | 05909991089153 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne | 17,40 | 18,79 | 19,92 | 26,25 | 26,25 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | ryczałt | 2,88 |
| 164 | Amoxicillinum | Amotaks, kaps. twarde, 500 mg | 16 szt. | 05909990691517 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne | 9,67 | 10,44 | 11,07 | 14,21 | 10,50 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | ryczałt | 6,22 |
| 165 | Amoxicillinum | Amotaks, kaps. twarde, 500 mg | 20 szt. | 05909991089108 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne | 10,86 | 11,73 | 12,43 | 16,27 | 13,13 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | ryczałt | 5,71 |
| 166 | Amoxicillinum | Amotaks, 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 |
| 167 | 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 |
| 168 | Amoxicillinum | Amotaks Dis, tabl., 1 g | 20 szt. | 05909991089146 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne | 17,40 | 18,79 | 19,92 | 26,25 | 26,25 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | ryczałt | 2,88 |
| 169 | Amoxicillinum | Amotaks Dis, tabl., 500 mg | 20 szt. | 05909991089122 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne | 10,86 | 11,73 | 12,43 | 16,27 | 13,13 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | ryczałt | 5,71 |
| 170 | Amoxicillinum | Amotaks Dis, tabl., 750 mg | 20 szt. | 05909991089139 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne | 12,76 | 13,78 | 14,61 | 19,70 | 19,69 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | ryczałt | 2,89 |
| 171 | Amoxicillinum | Amotaks DIS, tabl., 1 g | 16 szt. | 05909991043728 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne | 16,00 | 17,28 | 18,32 | 23,65 | 21,00 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | ryczałt | 5,27 |
| 172 | Amoxicillinum | Amotaks DIS, tabl., 500 mg | 16 szt. | 05909991043520 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne | 9,67 | 10,44 | 11,07 | 14,21 | 10,50 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | ryczałt | 6,22 |
| 173 | Amoxicillinum | Amotaks DIS, tabl., 750 mg | 16 szt. | 05909991043629 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne | 10,72 | 11,58 | 12,27 | 16,61 | 15,75 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | ryczałt | 3,65 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 174 | Amoxicillinum | Amoxicillin Aurovitas, tabl. do sporz. zaw. doustnej, 1000 mg | 16 szt. | 05909991373139 | 2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne | 9,26 | 10,00 | 10,61 | 15,94 | 15,94 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | ryczałt | 3,20 |
| 175 | Amoxicillinum | Hiconcil, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml | 100 ml | 05909990083619 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 88.2, Penicyliny półsyntetyczne doustne - płynne postacie farmaceutyczne | 8,00 | 8,64 | 9,18 | 14,38 | 14,38 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | ryczałt | 3,20 |
| 176 | Amoxicillinum | Hiconcil, kaps. twarde, 500 mg | 16 szt. | 05909990066117 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne | 5,30 | 5,72 | 6,26 | 9,40 | 9,40 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | ryczałt | 3,20 |
| 177 | Amoxicillinum | Ospamox, tabl. 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 |
| 178 | Amoxicillinum | Ospamox, tabl. powl., 500 mg | 16 szt. | 05909990293124 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne | 4,88 | 5,27 | 5,81 | 8,95 | 8,95 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | ryczałt | 3,20 |
| 179 | Amoxicillinum | Ospamox, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml | 1 but. 60 ml | 05907626702361 | 2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 88.2, Penicyliny półsyntetyczne doustne - płynne postacie farmaceutyczne | 15,34 | 16,57 | 17,56 | 23,52 | 23,23 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | ryczałt | 3,49 |
| 180 | Amoxicillinum | Ospamox, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml | 1 but.po 100 ml | 05909990781874 | 2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 88.2, Penicyliny półsyntetyczne doustne - płynne postacie farmaceutyczne | 23,36 | 25,23 | 26,74 | 34,70 | 34,70 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | ryczałt | 3,20 |
| 181 | Amoxicillinum | Ospamox, tabl. powl., 750 mg | 16 szt. | 05909990293223 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne | 7,15 | 7,72 | 8,26 | 12,60 | 12,60 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | ryczałt | 3,20 |
| 182 | Amoxicillinum | Ospamox 1000 mg, tabl. 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 |
| 183 | Amoxicillinum | Ospamox 500 mg, tabl. powl., 500 mg | 20 szt. | 05909990788453 | 2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne | 6,00 | 6,48 | 7,02 | 10,86 | 10,86 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | ryczałt | 3,20 |
| 184 | Amoxicillinum | Ospamox 750 mg, tabl. powl., 750 mg | 20 szt. | 05909990788477 | 2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne | 9,00 | 9,72 | 10,30 | 15,39 | 15,39 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 185 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | 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 |
| 186 | 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 |
| 187 | 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 |
| 188 | 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 |
| 189 | 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 |
| 190 | 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 |
| 191 | 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 |
| 192 | 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 |
| 193 | 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 |
| 194 | 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** |
| 195 | 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 |
| 196 | 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 |
| 197 | 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 |
| 198 | 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 |
| 199 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Amylan ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml | 1 but a 50 ml | 05901797711108 | 2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne | 10,70 | 11,56 | 12,25 | 17,18 | 17,18 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 8,59 |
| 200 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Amylan ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml | 1 but. a 100 ml | 05901797711115 | 2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne | 21,40 | 23,11 | 24,49 | 32,13 | 32,13 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 16,07 |
| 201 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Auglavin PPH, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml | 140 ml (but.) | 05909991343262 | 2021-09-01 - dla kolumny 14, 2021-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne | 22,68 | 24,49 | 25,96 | 33,32 | 33,32 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 16,66 |
| 202 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Auglavin PPH, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml | 70 ml (but.) | 05909991343255 | 2021-09-01 - dla kolumny 14, 2021-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne | 11,34 | 12,25 | 12,98 | 17,67 | 17,67 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 8,84 |
| 203 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Auglavin PPH, tabl. 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 |
| 204 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Auglavin PPH, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 875+125 mg | 14 sasz. | 05903060615908 | 2021-05-01 - dla kolumny 14, 2021-05-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne | 22,10 | 23,87 | 25,30 | 33,03 | 33,03 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 16,52 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 205 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Auglavin PPH, tabl. 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 |
| 206 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Auglavin PPH Extra, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml | 1 but. a 100 ml | 05909991343279 | 2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne | 22,73 | 24,55 | 26,02 | 33,66 | 33,66 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 16,83 |
| 207 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Augmentin, tabl. 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 |
| 208 | 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 |
| 209 | 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 |
| 210 | 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 |
| 211 | 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 |
| 212 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg | 14 szt. | 05909991248949 | 2021-09-01 - dla kolumny 14, 2021-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 22,13 | 23,90 | 25,34 | 32,30 | 29,99 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 17,31 |
| 213 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg | 14 szt. | 05909991209483 | 2021-07-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 22,15 | 23,92 | 25,36 | 32,32 | 29,99 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 17,33 |
| 214 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Augmentin, tabl. 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 |
| 215 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 216 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Augmentin ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml | 1 but. a 100 ml | 05909990614318 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne | 27,95 | 30,19 | 32,00 | 39,64 | 38,07 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 20,61 |
| 217 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Augmentin ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml | 50 ml | 05909990614288 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne | 17,34 | 18,73 | 19,85 | 24,78 | 19,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 15,26 |
| 218 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Co-amoxiclav Bluefish, tabl. 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 |
| 219 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Hiconcil combi, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml | 70 ml (14 g) | 05909991233846 | 2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne | 9,05 | 9,77 | 10,36 | 15,05 | 15,05 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 7,53 |
| 220 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Hiconcil combi, tabl. 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 |
| 221 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Penlac, tabl. powl., 875+125 mg | 14 szt. | 05909991441517 | 2021-07-01 - dla kolumny 14, 2021-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 17,75 | 19,17 | 20,33 | 27,29 | 27,29 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 13,65 |
| 222 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Penlac, tabl. powl., 875+125 mg | 20 szt. | 05909991444440 | 2021-09-01 - dla kolumny 14, 2021-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 24,75 | 26,73 | 28,34 | 36,84 | 36,84 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 18,42 |
| 223 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Polamoklav, tabl. 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 |
| 224 | 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 |
| 225 | 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 |
| 226 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 227 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Ramoclav, tabl. powl., 875+125 mg | 21 szt. | 05909991042080 | 2021-09-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 28,20 | 30,46 | 32,28 | 41,04 | 41,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 20,52 |
| 228 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml | 1 but. 140 ml | 05909990793587 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne | 28,47 | 30,75 | 32,59 | 39,95 | 35,54 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 19,96 |
| 229 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml | 1 but. 70 ml | 05909990793600 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne | 18,99 | 20,51 | 21,74 | 26,43 | 17,77 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 15,80 |
| 230 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml | 35 ml | 05909990793594 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne | 10,06 | 10,86 | 11,51 | 14,20 | 8,88 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 8,78 |
| 231 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Taromentin, tabl. 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 |
| 232 | 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 |
| 233 | 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 |
| 234 | 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 |
| 235 | 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 |
| 236 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 237 | Anastrozolum | Anastrozol Teva, tabl. 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 |
| 238 | 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 |
| 239 | 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 |
| 240 | 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 |
| 241 | 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 |
| 242 | 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 |
| 243 | Apixabanum | Eliquis, tabl. powl., 2.5 mg | 20 szt. | 05909990861040 | <1>2021-05-01/<2>2023-05-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 63,39 | 68,46 | 72,57 | 80,38 | 34,36 | <1>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% | 56,33 |
| 244 | Apixabanum | Eliquis, tabl. powl., 5 mg | 56 szt. | 05909991019396 | 2023-05-01 | 2 lata | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 225,00 | 243,00 | 257,58 | 275,11 | 192,42 | Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej | | 30% | 140,42 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 245 | Aprepitantum | Aprepitant Accord, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg | 3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg) | 05909991400576 | 2023-09-01 | 3 lata | 8.0, Leki przeciwwymiotne - inne - aprepitant | 60,00 | 64,80 | 68,69 | 80,91 | 80,91 | Wczesne albo opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem cisplatyny w dawce >70 mg/m2, doksorubicyny i cyklofosfamidu – profilaktyka | | ryczałt | 3,20 |
| 246 | Aprepitantum | Aprepitant Mylan, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg | 3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg) | 05909991352547 | 2023-09-01 | 3 lata | 8.0, Leki przeciwwymiotne - inne - aprepitant | 60,00 | 64,80 | 68,69 | 80,91 | 80,91 | Wczesne albo opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem cisplatyny w dawce >70 mg/m2, doksorubicyny i cyklofosfamidu – profilaktyka | | ryczałt | 3,20 |
| 247 | Aprepitantum | Aprepitant Sandoz, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg | 3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg) | 05909991360818 | 2022-11-01 | 3 lata | 8.0, Leki przeciwwymiotne - inne - aprepitant | 85,00 | 91,80 | 97,31 | 109,53 | 80,91 | Wczesne albo opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem cisplatyny w dawce >70 mg/m2, doksorubicyny i cyklofosfamidu – profilaktyka | | ryczałt | 31,82 |
| 248 | Aprepitantum | Aprepitant Stada, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg | 3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg) | 05909991412715 | 2021-05-01 | 3 lata | 8.0, Leki przeciwwymiotne - inne - aprepitant | 55,00 | 59,40 | 62,96 | 75,18 | 75,18 | Wczesne albo opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem cisplatyny w dawce >70 mg/m2, doksorubicyny i cyklofosfamidu – profilaktyka | | ryczałt | 3,20 |
| 249 | Aripiprazolum | Abilify, tabl., 10 mg | 56 szt. | 05038256002573 | 2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 103,89 | 112,20 | 118,93 | 134,39 | 134,11 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 4,26 |
| 250 | Aripiprazolum | Abilify, tabl., 15 mg | 28 szt. | 05901878600888 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 62,98 | 68,02 | 72,10 | 86,03 | 86,03 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 3,20 |
| 251 | Aripiprazolum | Abilify, tabl., 15 mg | 28 szt. | 05903792743528 | 2021-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 63,00 | 68,04 | 72,12 | 86,05 | 86,05 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 3,20 |
| 252 | Aripiprazolum | Abilify, tabl., 15 mg | 28 szt. | 05909990002306 | 2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-05-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 80,02 | 86,42 | 91,61 | 105,54 | 100,58 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 8,16 |
| 253 | Aripiprazolum | Abilify, tabl., 15 mg | 56 szt. | 05901878600895 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 125,96 | 136,04 | 144,20 | 162,19 | 162,19 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 5,97 |
| 254 | Aripiprazolum | Abilify, tabl., 15 mg | 56 szt. | 05903792743535 | 2021-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 126,00 | 136,08 | 144,24 | 162,23 | 162,23 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 5,97 |

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

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

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

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

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

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

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

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

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

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 330 | Atorvastatinum | Apo-Atorva, tabl. 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 |
| 331 | 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 |
| 332 | 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 |
| 333 | 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 |
| 334 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 335 | Atorvastatinum | Atoris, tabl. 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 |
| 336 | 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 |
| 337 | 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 |
| 338 | 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 |
| 339 | Atorvastatinum | Atoris, tabl. powl., 30 mg | 60 szt. | 05909990885299 | 2021-05-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 25,19 | 27,21 | 28,84 | 35,10 | 25,29 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 17,40 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 340 | Atorvastatinum | Atoris, tabl. 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 |
| 341 | 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 |
| 342 | 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 |
| 343 | 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 |
| 344 | 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 |

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

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 350 | Atorvastatinum | Atorvastatin Bluefish AB, tabl. 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 |
| 351 | 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 |
| 352 | 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 |
| 353 | 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 |
| 354 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 355 | Atorvastatinum | Atorvastatin Bluefish AB, tabl. 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 |
| 356 | 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 |
| 357 | 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 |
| 358 | 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 |
| 359 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 360 | Atorvastatinum | Atorvastatin Genoptim, tabl. 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 |
| 361 | 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 |
| 362 | 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 |
| 363 | 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 |
| 364 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 365 | Atorvastatinum | Atorvastatin Medical Valley, tabl. 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 |
| 366 | 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 |
| 367 | 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 |
| 368 | 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 |
| 369 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 370 | Atorvastatinum | Atorvasterol, tabl. 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 |
| 371 | 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 |
| 372 | 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 |
| 373 | 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 |
| 374 | 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 |

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

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 380 | Atorvastatinum | Atrox 20, tabl. powl., 20 mg | 90 szt. | 05907695215366 | 2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 18,25 | 19,71 | 20,90 | 27,16 | 25,29 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 9,46 |
| 381 | Atorvastatinum | Atrox 40, tabl. powl., 40 mg | 90 szt. | 05907695215373 | 2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 36,20 | 39,10 | 41,44 | 50,68 | 50,58 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 15,27 |
| 382 | Atorvastatinum | Lambrinex, tabl. 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 |
| 383 | 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 |
| 384 | 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** |
| 385 | 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 |
| 386 | 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 |
| 387 | 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 |
| 388 | 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 |
| 389 | 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** |
| 390 | 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 |
| 391 | 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 |
| 392 | 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 |
| 393 | Atorvastatinum | Storvas CRT, tabl. powl., 30 mg | 30 szt. | 05909991415976 | 2021-09-01 - dla kolumny 14, 2021-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 7,10 | 7,67 | 8,21 | 12,00 | 12,00 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 3,60 |
| 394 | Atorvastatinum | Storvas CRT, tabl. 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** |
| 395 | Atorvastatinum | Storvas CRT, tabl. powl., 60 mg | 30 szt. | 05909991419042 | 2021-09-01 - dla kolumny 14, 2021-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 14,20 | 15,34 | 16,25 | 22,51 | 22,51 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 6,75 |
| 396 | Atorvastatinum | Storvas CRT, tabl. 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 |
| 397 | 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 |
| 398 | 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 |
| 399 | 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** |
| 400 | 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 |
| 401 | 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 |
| 402 | Atorvastatinum | Tulip, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909990998814 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 7,00 | 7,56 | 8,10 | 9,60 | 4,21 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 6,65 |
| 403 | Atorvastatinum | Tulip, tabl. powl., 10 mg | 60 szt. | 05909990998821 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 14,00 | 15,12 | 16,03 | 18,67 | 8,43 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 12,77 |
| 404 | Atorvastatinum | Tulip, tabl. powl., 10 mg | 90 szt. | 05909990998838 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 21,00 | 22,68 | 24,04 | 27,83 | 12,64 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 18,98 |

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

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 410 | Atorvastatinum | Tulip 40 mg, tabl. powl., 40 mg | 90 szt. | 05909990810185 | 2023-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 40,49 | 43,73 | 46,35 | 55,59 | 50,58 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 20,18 |
| 411 | Atorvastatinum | Tulip 80 mg, tabl. 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 |
| 412 | 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 |
| 413 | 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 |
| 414 | Atorvastatinum calcicum trihydricum | Apo-Atorva, tabl. powl., 60 mg | 30 szt. | 05909991403997 | 2021-07-01 - dla kolumny 14, 2021-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 14,30 | 15,44 | 16,37 | 22,63 | 22,63 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 6,79 |
| 415 | Atropini sulfas | Atropinum sulfuricum WZF 1%, krople do oczu, roztwór, 10 mg/ml | 5 ml | 05909990243112 | 2022-01-01 | 3 lata | 226.0, Leki antycholinergiczne do stosowania do oczu | 14,36 | 15,51 | 16,44 | 20,88 | 16,81 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 7,27 |

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

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 424 | 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 | 19,31 | 12,92 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | mukowiscydoza | 50% | 11,57 |
| 425 | 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 | 10,85 | 10,85 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | mukowiscydoza | 50% | 5,43 |
| 426 | 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 |
| 427 | 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 |
| 428 | 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 |
| 429 | 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 |
| 430 | 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 | 15,22 | 12,92 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | mukowiscydoza | 50% | 8,76 |
| 431 | 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 | 15,80 | 12,92 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | mukowiscydoza | 50% | 9,34 |
| 432 | 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 | 22,67 | 12,92 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | mukowiscydoza | 50% | 16,21 |
| 433 | 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 | 15,22 | 12,92 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | mukowiscydoza | 50% | 8,76 |
| 434 | 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 | 15,80 | 12,92 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | mukowiscydoza | 50% | 9,34 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 435 | Azithromycinum | AzitroLEK 500, tabl. 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 | 19,81 | 12,92 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | mukowiscydoza | 50% | 13,35 |
| 436 | 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 | 14,64 | 12,92 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | mukowiscydoza | 50% | 8,18 |
| 437 | 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 |
| 438 | 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 |
| 439 | 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 | 26,68 | 12,92 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | mukowiscydoza | 50% | 18,20 |
| 440 | 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 | 17,29 | 12,92 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | mukowiscydoza | 50% | 9,75 |
| 441 | Azithromycinum | Macromax, tabl. powl., 500 mg | 3 szt. | 05909990713608 | 2021-11-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 9,99 | 10,79 | 11,44 | 15,22 | 12,92 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | mukowiscydoza | 50% | 8,76 |
| 442 | Azithromycinum | Sumamed, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/5 ml | 1 but.po 20 ml | 05909990742110 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 12,50 | 13,50 | 14,31 | 16,93 | 7,86 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | mukowiscydoza | 50% | 13,00 |
| 443 | Azithromycinum | Sumamed, tabl. 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 | 23,24 | 6,46 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | mukowiscydoza | 50% | 20,01 |
| 444 | Azithromycinum | Sumamed, kaps. twarde, 250 mg | 6 szt. | 05909990742318 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 18,00 | 19,44 | 20,61 | 24,39 | 12,92 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | mukowiscydoza | 50% | 17,93 |
| 445 | Azithromycinum | Sumamed, tabl. 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 | 24,39 | 12,92 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | mukowiscydoza | 50% | 17,93 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 446 | Azithromycinum | Sumamed forte, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml | 1 but.po 20 ml | 05909990742219 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 22,00 | 23,76 | 25,19 | 29,79 | 15,72 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | mukowiscydoza | 50% | 21,93 |
| 447 | Azithromycinum | Sumamed forte, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml | 1 but.po 30 ml | 05909990742226 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 31,60 | 34,13 | 36,18 | 42,40 | 23,58 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | mukowiscydoza | 50% | 30,61 |
| 448 | Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras | Formodual, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę | 1 poj.po 180 daw. | 05909990058747 | 2023-01-01 | 3 lata | 199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach | 109,50 | 118,26 | 125,36 | 140,98 | 140,98 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 4,80 |
| 449 | Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras + Glycopyrronium | Trimbow, aerozol inh., roztwór, 87+5+9 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj. a 180 daw. | 08025153008156 | <1>2023-09-01/<2>2022-05-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 199.4, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami i lekami antycholinergicznymi | 250,75 | 270,81 | 287,06 | 307,90 | 307,90 | <1>Leczenie podtrzymujące u pacjentów dorosłych z umiarkowaną lub ciężką przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POChP), u których nie uzyskuje się odpowiedniego efektu leczenia podczas jednoczesnego stosowania kortykosteroidu wziewnego i długo działającego agonisty receptorów beta 2 lub jednoczesnego stosowania długo działającego agonisty receptorów beta 2 i długo działającego antagonisty receptorów muskarynowych; <2>Leczenie podtrzymujące astmy u pacjentów z niewystarczającą kontrolą objawów choroby po zastosowaniu produktu złożonego z długo działającego agonisty receptorów beta-2 i średnich dawek kortykosteroidu wziewnego, u których wystąpiło jedno lub więcej zaostrzeń astmy w ciągu poprzedniego roku | | 30% | 92,37 |
| 450 | Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus | Airiam, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę | 1 poj.po 120 daw. | 05909991503505 | 2023-09-01 | 3 lata | 199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach | 66,00 | 71,28 | 75,56 | 89,09 | 89,09 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,20 |
| 451 | Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus | Formodual, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę | 1 poj.po 180 daw. | 08025153006800 | 2022-11-01 | 3 lata | 199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach | 109,50 | 118,26 | 125,36 | 140,98 | 140,98 | Astma | | ryczałt | 4,80 |
| 452 | Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus | Fostex, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę | poj.po 180 daw. | 05909990054152 | 2022-01-01 | 3 lata | 199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach | 131,28 | 141,78 | 150,29 | 165,91 | 140,98 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 29,73 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 453 | Beclometasoni dipropionas anhydricus + Formoteroli fumaras dihydricus | Fostex, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę | 1 poj.po 180 daw. | 05909991245696 | 2023-01-01 | 3 lata | 199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach | 131,28 | 141,78 | 150,29 | 165,91 | 140,98 | Astma | | ryczałt | 29,73 |
| 454 | Beclometasoni dipropionas anhydricus + Formoteroli fumaras dihydricus | Fostex Nexthaler, proszek do inhalacji, podzielony, 100+6 µg/dawkę | 1 inh.po 180 daw. | 08025153003144 | 2023-09-01 | 2 lata | 199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach | 131,28 | 141,78 | 150,29 | 165,91 | 140,98 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc | | 30% | 67,22 |
| 455 | Beclometasoni dipropionas anhydricus + Formoteroli fumaras dihydricus | Fostex Nexthaler, proszek do inhalacji, podzielony, 100+6 µg/dawkę | 2 inh.po 180 daw. | 08025153003205 | 2023-09-01 | 2 lata | 199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach | 262,56 | 283,56 | 300,57 | 320,41 | 281,96 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc | | 30% | 123,04 |
| 456 | Benazeprili hydrochloridum | Lotensin, tabl. 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 | 20,61 | 6,95 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 17,64 |
| 457 | Benazeprili hydrochloridum | Lotensin, tabl. 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 | 30,28 | 13,90 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 24,34 |
| 458 | Benazeprili hydrochloridum | Lotensin, tabl. 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 | 15,00 | 3,48 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 14,72 |
| 459 | Benzathini phenoxymethylpenicillinum | Ospen 750, zawiesina doustna, 750000 j.m./5 ml | 60 ml | 05909990363216 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 88.4, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - płynne postacie farmaceutyczne | 16,97 | 18,33 | 19,43 | 24,24 | 18,64 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów po autologicznym lub allogenicznym przeszczepie szpiku - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z zaburzeniami odporności - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z chorobami rozrostowymi układu krwiotwórczego - profilaktyka | ryczałt | 8,80 |
| 460 | Betamethasoni dipropionas + Acidum salicylicum | Salbetan, roztwór na skórę, 0,64 + 20 mg/g | 1 butelka 100 ml | 05909991254995 | 2022-11-01 | 3 lata | 248.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - preparaty złożone | 18,20 | 19,66 | 20,83 | 27,38 | 27,38 | Leczenie łuszczycy owłosionej skóry głowy u dorosłych | | 50% | 13,69 |
| 461 | Betamethasoni dipropionas + Acidum salicylicum | Salbetan, roztwór na skórę, 0,64 + 20 mg/g | 1 butelka 50 ml | 05909991254988 | 2022-11-01 | 3 lata | 248.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - preparaty złożone | 11,95 | 12,91 | 13,68 | 17,69 | 13,93 | Leczenie łuszczycy owłosionej skóry głowy u dorosłych | | 50% | 10,73 |
| 462 | Betamethasoni dipropionas + Betamethasoni natrii phosphas | Diprophos, zawiesina do wstrzykiwań, 6,43+2,63 mg/ml | 5 amp.po 1 ml | 05909990121625 | 2022-01-01 | 3 lata | 81.1, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania pozajelitowego | 50,00 | 54,00 | 57,24 | 68,31 | 68,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 34,16 |
| 463 | Betamethasonum + Acidum salicylicum | Belosalic, 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 464 | Betaxololum | Betoptic S, krople do oczu, zawiesina, 2.5 mg/ml | 10 ml | 05909990186525 | 2022-01-01 | 3 lata | 213.0, Leki przeciwjaskrowe - beta-adrenolityki do stosowania do oczu | 17,97 | 19,41 | 20,57 | 23,59 | 11,02 | Jaskra | | 30% | 15,88 |
| 465 | Betaxololum | Betoptic S, krople do oczu, zawiesina, 2.5 mg/ml | 5 ml | 05909990186518 | 2022-01-01 | 3 lata | 213.0, Leki przeciwjaskrowe - beta-adrenolityki do stosowania do oczu | 9,03 | 9,75 | 10,34 | 12,03 | 5,51 | Jaskra | | 30% | 8,17 |
| 466 | Bimatoprostum | Bimican, krople do oczu, roztwór, 0.3 mg/ml | 1 but.po 3 ml | 05909991097066 | 2022-11-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 31,45 | 33,97 | 36,01 | 44,01 | 35,44 | Jaskra | | ryczałt | 11,77 |
| 467 | Bimatoprostum | Bimican, krople do oczu, roztwór, 0.3 mg/ml | 3 but.po 3 ml | 05909991097073 | 2022-11-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 94,35 | 101,90 | 108,01 | 122,01 | 106,33 | Jaskra | | ryczałt | 24,64 |
| 468 | Bimatoprostum | Bimifree, krople do oczu, roztwór, 0.3 mg/ml | 1 but.po 3 ml | 05909991335663 | 2024-01-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 27,91 | 30,14 | 31,95 | 39,95 | 35,44 | Jaskra | | ryczałt | 7,71 |
| 469 | Bimatoprostum | Bimifree, krople do oczu, roztwór, 0.3 mg/ml | 3 but.po 3 ml | 05909991335670 | 2024-01-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 83,75 | 90,45 | 95,88 | 109,88 | 106,33 | Jaskra | | ryczałt | 12,51 |
| 470 | Bimatoprostum | Lumigan, krople do oczu, roztwór, 0.3 mg/ml | 1 but.po 3 ml | 05909990008469 | 2022-01-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 27,88 | 30,11 | 31,91 | 39,91 | 35,44 | Jaskra | | ryczałt | 7,67 |
| 471 | Bimatoprostum | Vizibim, krople do oczu, roztwór, 0.3 mg/ml | 1 butelka po 3 ml | 05909991310769 | 2022-07-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 27,72 | 29,94 | 31,73 | 39,73 | 35,44 | Jaskra | | ryczałt | 7,49 |
| 472 | Bimatoprostum | Vizibim, krople do oczu, roztwór, 0.3 mg/ml | 3 butelki po 3 ml | 05909991310776 | 2022-07-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 83,16 | 89,81 | 95,20 | 109,20 | 106,33 | Jaskra | | ryczałt | 11,83 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 473 | Bimatoprostum + Timololum | Bimaroz Duo, krople do oczu, 0,3+5 mg/ml | 1 but.po 3 ml | 05909991376772 | 2022-05-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 29,88 | 32,27 | 34,20 | 42,20 | 35,44 | Jaskra | | ryczałt | 9,96 |
| 474 | Bimatoprostum + Timololum | Bimaroz Duo, krople do oczu, 0,3+5 mg/ml | 3 but.po 3 ml | 05909991376789 | 2022-05-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 89,68 | 96,85 | 102,66 | 116,66 | 106,33 | Jaskra | | ryczałt | 19,29 |
| 475 | Bimatoprostum + Timololum | Bimifree Combi, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml | 1 but.po 3 ml | 05909991422356 | 2023-09-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 29,88 | 32,27 | 34,20 | 42,20 | 35,44 | Jaskra | | ryczałt | 9,96 |
| 476 | Bimatoprostum + Timololum | Bimifree Combi, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml | 3 but.po 3 ml | 05909991422363 | 2023-09-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 89,68 | 96,85 | 102,66 | 116,66 | 106,33 | Jaskra | | ryczałt | 19,29 |
| 477 | Bimatoprostum + Timololum | Ganfort, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml | 1 but.po 3 ml | 05909990574315 | 2022-01-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 29,99 | 32,39 | 34,33 | 42,33 | 35,44 | Jaskra | | ryczałt | 10,09 |
| 478 | Biperideni hydrochloridum | Akineton, tabl., 2 mg | 50 szt. | 05909990193219 | 2022-01-01 | 3 lata | 167.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - biperiden | 8,95 | 9,67 | 10,25 | 14,16 | 14,16 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 4,25 |
| 479 | Biperideni hydrochloridum | Akineton, tabl., 2 mg | 50 szt. | 05909991447311 | 2021-09-01 | 3 lata | 167.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - biperiden | 9,69 | 10,47 | 11,09 | 15,00 | 14,16 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 5,09 |
| 480 | Biperideni hydrochloridum | Akineton SR 4 mg, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg | 30 szt. | 05909990884216 | 2022-07-01 | 3 lata | 167.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - biperiden | 11,35 | 12,26 | 12,99 | 17,42 | 16,99 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 5,53 |
| 481 | Bisoprolol fumarate | Corectin 10, tabl. powl., 10 mg | 60 szt. | 05909991066529 | 2021-05-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 12,94 | 13,98 | 14,82 | 20,79 | 20,79 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia | ryczałt | 6,40 |
| 482 | Bisoprolol fumarate | Corectin 5, tabl. powl., 5 mg | 60 szt. | 05909991066420 | 2021-05-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 6,47 | 6,99 | 7,53 | 11,11 | 11,11 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 483 | Bisoprololi fumaras | Bicardef 10 mg, tabl. 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 |
| 484 | 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 |
| 485 | 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 |
| 486 | 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 |
| 487 | Bisoprololi fumaras | Bisoprolol VP, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991152017 | 2022-07-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 6,40 | 6,91 | 7,45 | 11,03 | 11,03 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia | ryczałt | 3,20 |
| 488 | Bisoprololi fumaras | Bisoprolol VP, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909991151911 | 2022-07-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 3,20 | 3,46 | 4,00 | 5,97 | 5,97 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia | ryczałt | 3,20 |
| 489 | Bisoprololi fumaras | Bisoratio 10, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991015114 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 7,15 | 7,72 | 8,26 | 11,84 | 11,84 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia | ryczałt | 3,20 |
| 490 | Bisoprololi fumaras | Bisoratio 5, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909991015015 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 4,35 | 4,70 | 5,24 | 7,21 | 6,50 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia | ryczałt | 3,91 |
| 491 | Bisoprololi fumaras | Coronal 10, tabl. 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 |
| 492 | 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 |
| 493 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 494 | Bisoprololi fumaras | Coronal 5, tabl. 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 |
| 495 | Bisoprololi fumaras | Corsib, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991499501 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 6,39 | 6,90 | 7,44 | 11,02 | 11,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia | ryczałt | 3,20 |
| 496 | Bisoprololi fumaras | Corsib, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909991499600 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 3,19 | 3,45 | 3,99 | 5,96 | 5,96 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia | ryczałt | 3,20 |
| 497 | Bisoprololi fumaras | Sobycor, tabl. 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 |
| 498 | 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 |
| 499 | 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 |
| 500 | 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 |
| 501 | 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 |
| 502 | 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 |
| 503 | 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 |
| 504 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 505 | Brimonidini tartras | Alphagan, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml | 5 ml | 05909990865024 | 2022-01-01 | 3 lata | 212.2, Leki 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 | 26,47 | 26,47 | Jaskra | | ryczałt | 3,20 |
| 506 | Brimonidini tartras | Biprolast, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909990874194 | 2022-11-01 | 3 lata | 212.2, Leki 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 | 29,84 | 26,49 | Jaskra | | ryczałt | 6,55 |
| 507 | Brimonidini tartras | Biprolast, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml | 3 but.po 5 ml | 05906414000900 | 2022-03-01 | 3 lata | 212.2, Leki 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 | 64,21 | 64,21 | Jaskra | | ryczałt | 8,00 |
| 508 | Brimonidini tartras | Briglau Free, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml | 1 butelka po 5 ml | 05909991379483 | 2022-05-01 | 3 lata | 212.2, Leki 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 | 23,80 | 23,80 | Jaskra | | ryczałt | 3,20 |
| 509 | Brimonidini tartras | Briglau Free, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml | 3 butelki po 5 ml | 05909991379490 | 2022-05-01 | 3 lata | 212.2, Leki 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 | 63,71 | 63,71 | Jaskra | | ryczałt | 8,00 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 510 | Brimonidini tartras | Briglau PPH, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml | 5 ml (but.) | 05909990974641 | 2023-01-01 | 3 lata | 212.2, Leki 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 | 30,41 | 26,49 | Jaskra | | ryczałt | 7,12 |
| 511 | Brimonidini tartras + Timololum | Combigan, krople do oczu, roztwór, 2+5 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909990570546 | 2022-01-01 | 3 lata | 212.2, Leki 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 | 31,63 | 26,49 | Jaskra | | ryczałt | 8,34 |
| 512 | Brinzolamidum | Azopt, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909990869114 | 2022-01-01 | 3 lata | 212.2, Leki 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 | 33,43 | 26,49 | Jaskra | | ryczałt | 10,14 |
| 513 | Brinzolamidum | Brinzolamide Genoptim, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909991250386 | 2023-01-01 | 3 lata | 212.2, Leki 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 | 29,04 | 26,49 | Jaskra | | ryczałt | 5,75 |
| 514 | Brinzolamidum | Optilamid, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909991223571 | 2022-03-01 | 3 lata | 212.2, Leki 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 | 30,41 | 26,49 | Jaskra | | ryczałt | 7,12 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 515 | Brinzolamidum | Optilamid, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml | 3 butelki po 5 ml | 05909991223588 | 2021-11-01 | 3 lata | 212.2, Leki 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 | 79,56 | 79,47 | Jaskra | | ryczałt | 8,09 |
| 516 | Brivaracetamum | Briviact, roztwór doustny, 10 mg/ml | 300 ml | 05909991272234 | 2023-09-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15 | 2 lata 4 miesiące - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 249.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - 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 |
| 517 | 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 |
| 518 | Bromocriptinum | Bromocorn, tabl., 2.5 mg | 30 szt. | 05909990211913 | 2022-01-01 | 3 lata | 62.0, Leki ginekologiczne - inhibitory wydzielania prolaktyny - bromokryptyna | 12,20 | 13,18 | 13,96 | 18,80 | 18,80 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 519 | Budesonidum | BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml | 20 amp.po 2 ml | 05909991306144 | 2023-11-01 | 3 lata | 200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach | 41,90 | 45,25 | 47,96 | 58,11 | 58,11 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,20 |
| 520 | Budesonidum | BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml | 20 amp.po 2 ml | 05909991306144 | 2023-11-01 | 3 lata | 200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach | 41,90 | 45,25 | 47,96 | 58,11 | 58,11 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 521 | Budesonidum | BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml | 20 amp.po 2 ml | 05909991306151 | 2023-11-01 | 3 lata | 200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach | 60,69 | 65,55 | 69,48 | 81,76 | 81,59 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,37 |
| 522 | Budesonidum | BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml | 20 amp.po 2 ml | 05909991306151 | 2023-11-01 | 3 lata | 200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach | 60,69 | 65,55 | 69,48 | 81,76 | 81,59 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 24,65 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 523 | Budesonidum | Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0.125 mg/ml | 20 amp.po 2 ml | 05909991283629 | <1>2022-11-01/<2>2021-07-01 | 3 lata | 200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach | 48,39 | 52,26 | 55,39 | 66,26 | 66,11 | <1>Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,35 |
| 524 | Budesonidum | Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0.125 mg/ml | 20 amp.po 2 ml | 05909991283629 | <1>2022-11-01/<2>2021-07-01 | 3 lata | 200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach | 48,39 | 52,26 | 55,39 | 66,26 | 66,11 | <2>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,35 |
| 525 | Budesonidum | Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml | 20 amp.po 2 ml | 05909991283650 | <1>2022-11-01/<2>2021-07-01 | 3 lata | 200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach | 42,50 | 45,90 | 48,65 | 58,80 | 58,11 | <1>Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,89 |
| 526 | Budesonidum | Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml | 20 amp.po 2 ml | 05909991283650 | <1>2022-11-01/<2>2021-07-01 | 3 lata | 200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach | 42,50 | 45,90 | 48,65 | 58,80 | 58,11 | <2>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,89 |
| 527 | Budesonidum | Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml | 20 amp.po 2 ml | 05909991283698 | <1>2022-11-01/<2>2021-07-01 | 3 lata | 200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach | 60,60 | 65,45 | 69,38 | 81,66 | 81,59 | <1>Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,27 |
| 528 | Budesonidum | Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml | 20 amp.po 2 ml | 05909991283698 | <1>2022-11-01/<2>2021-07-01 | 3 lata | 200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach | 60,60 | 65,45 | 69,38 | 81,66 | 81,59 | <2>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 24,55 |
| 529 | Budesonidum | Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę | 1 inh.po 200 daw. (zestaw startowy) | 05909990337354 | 2022-01-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 38,90 | 42,01 | 44,53 | 51,96 | 30,50 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 24,66 |
| 530 | Budesonidum | Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę | 1 inh.po 200 daw. (zestaw startowy) | 05909990337354 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 38,90 | 42,01 | 44,53 | 51,96 | 30,50 | x | wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia | 30% | 30,61 |
| 531 | Budesonidum | Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę | 1 inh.po 200 daw. (zestaw startowy) | 05909990337323 | 2022-01-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 58,55 | 63,23 | 67,02 | 77,81 | 61,00 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 22,14 |
| 532 | Budesonidum | Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę | 1 inh.po 200 daw. (zestaw startowy) | 05909990337323 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 58,55 | 63,23 | 67,02 | 77,81 | 61,00 | x | wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia | 30% | 35,11 |

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

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 545 | Budesonidum | 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 |
| 546 | 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 |
| 547 | Budesonidum | Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml | 20 poj. 2 ml | 05906414002522 | 2022-07-01 | 3 lata | 200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach | 42,00 | 45,36 | 48,08 | 58,23 | 58,11 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,32 |
| 548 | Budesonidum | Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml | 20 poj. 2 ml | 05906414002522 | 2022-07-01 | 3 lata | 200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach | 42,00 | 45,36 | 48,08 | 58,23 | 58,11 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,32 |
| 549 | Budesonidum | Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml | 20 poj. 2 ml | 05906414002539 | 2022-07-01 | 3 lata | 200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach | 61,00 | 65,88 | 69,83 | 82,11 | 81,59 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,72 |
| 550 | Budesonidum | Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml | 20 poj. 2 ml | 05906414002539 | 2022-07-01 | 3 lata | 200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach | 61,00 | 65,88 | 69,83 | 82,11 | 81,59 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 25,00 |
| 551 | Budesonidum | CortimentMMX, tabl. o przedł. uwalnianiu, 9 mg | 30 szt. | 05909991205966 | <1>2023-01-01/<2>2023-09-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2021-09-01 - dla kolumny 15 | <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 11.1, Kortykosteroidy do stosowania doustnego o działaniu miejscowym na przewód pokarmowy - budesonid - we wrzodziejącym i mikroskopowym zapaleniu jelita grubego | 335,00 | 361,80 | 383,51 | 407,01 | 407,01 | <1>Indukcja remisji u dorosłych pacjentów z łagodną do umiarkowanej, aktywną postacią wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, gdzie leczenie preparatami 5-ASA jest niewystarczające | <1>postać jelitowa choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi; <2>indukcja remisji u pacjentów pediatrycznych z łagodną do umiarkowanej, aktywną postacią wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, gdzie leczenie preparatami 5-ASA jest niewystarczające; indukcja remisji u pacjentów pediatrycznych z łagodną do umiarkowanej, aktywną postacią choroby Leśniowskiego-Crohna z zajęciem jelita grubego, gdzie leczenie preparatami 5-ASA jest niewystarczające | ryczałt | 3,20 |
| 552 | Budesonidum | CortimentMMX, tabl. o 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 553 | Budesonidum | Entocort, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 3 mg | 100 szt. | 05909990430314 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 11.0, Kortykosteroidy do stosowania doustnego o działaniu miejscowym na przewód pokarmowy - budesonid | 305,00 | 329,40 | 349,16 | 371,71 | 371,71 | Choroba Leśniowskiego-Crohna | postać jelitowa choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi | ryczałt | 3,56 |
| 554 | Budesonidum | Jorveza, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg | 90 szt. | 04032717994439 | 2023-03-01 | 2 lata | 11.2, Kortykosteroidy do stosowania doustnego o działaniu miejscowym na przewód pokarmowy - budesonid - w eozynofilowym zapaleniu przełyku | 1523,33 | 1645,20 | 1743,91 | 1796,54 | 1796,54 | Leczenie eozynofilowego zapalenia przełyku (ang. eosinophilic esophagitis, EoE) u pacjentów uprzednio leczonych inhibitorami pompy protonowej (IPP) – leczenie indukcyjne, do 12 tygodni (warunkiem wdrożenia leczenia jest udokumentowanie wykonania badania endoskopowego z pobraniem do oceny histopatologicznej co najmniej 6 wycinków błony śluzowej z proksymalnej i dystalnej części przełyku, z potwierdzeniem EoE poprzez obecność równej lub większej od 15 liczby eozynofilii w dużym powiększeniu) | | ryczałt | 4,80 |
| 555 | Budesonidum | Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/2 ml | 20 szt. | 05909991107925 | 2022-11-01 | 3 lata | 200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach | 48,25 | 52,11 | 55,24 | 66,11 | 66,11 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,20 |
| 556 | Budesonidum | Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/2 ml | 20 szt. | 05909991107925 | 2022-11-01 | 3 lata | 200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach | 48,25 | 52,11 | 55,24 | 66,11 | 66,11 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 557 | Budesonidum | Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml | 20 amp. po 2 ml | 05909991005696 | 2021-09-01 | 3 lata | 200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach | 41,90 | 45,25 | 47,96 | 58,11 | 58,11 | Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,20 |
| 558 | Budesonidum | Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml | 20 amp. po 2 ml | 05909991005696 | 2021-09-01 | 3 lata | 200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach | 41,90 | 45,25 | 47,96 | 58,11 | 58,11 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 559 | Budesonidum | Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml | 20 amp. po 2 ml | 05909991005733 | 2024-04-01 | 3 lata | 200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach | 60,55 | 65,39 | 69,31 | 81,59 | 81,59 | Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,20 |
| 560 | Budesonidum | Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml | 20 amp. po 2 ml | 05909991005733 | 2024-04-01 | 3 lata | 200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach | 60,55 | 65,39 | 69,31 | 81,59 | 81,59 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 24,48 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 561 | Budesonidum | Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.125 mg/ml | 20 poj.po 2 ml | 05909990445615 | 2022-03-01 | 3 lata | 200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach | 48,35 | 52,22 | 55,35 | 66,22 | 66,11 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,31 |
| 562 | Budesonidum | Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.125 mg/ml | 20 poj.po 2 ml | 05909990445615 | 2022-03-01 | 3 lata | 200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach | 48,35 | 52,22 | 55,35 | 66,22 | 66,11 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,31 |
| 563 | Budesonidum | Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml | 20 poj.po 2 ml | 05909990445714 | 2022-03-01 | 3 lata | 200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach | 41,90 | 45,25 | 47,96 | 58,11 | 58,11 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,20 |
| 564 | Budesonidum | Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml | 20 poj.po 2 ml | 05909990445714 | 2022-03-01 | 3 lata | 200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach | 41,90 | 45,25 | 47,96 | 58,11 | 58,11 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 565 | Budesonidum | Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml | 20 poj.po 2 ml | 05909991233099 | 2022-01-01 | 3 lata | 200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach | 59,95 | 64,75 | 68,63 | 80,91 | 80,91 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,20 |
| 566 | Budesonidum | Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml | 20 poj.po 2 ml | 05909991233099 | 2022-01-01 | 3 lata | 200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach | 59,95 | 64,75 | 68,63 | 80,91 | 80,91 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 24,27 |
| 567 | Budesonidum | Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml | 20 poj.po 2 ml | 05909991269784 | 2022-07-01 | 3 lata | 200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach | 59,95 | 64,75 | 68,63 | 80,91 | 80,91 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,20 |
| 568 | Budesonidum | Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml | 20 poj.po 2 ml | 05909991269784 | 2022-07-01 | 3 lata | 200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach | 59,95 | 64,75 | 68,63 | 80,91 | 80,91 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 24,27 |
| 569 | Budesonidum | Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml | 20 poj.po 2 ml | 05909990445813 | 2022-03-01 | 3 lata | 200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach | 60,55 | 65,39 | 69,31 | 81,59 | 81,59 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,20 |

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

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 580 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg | 1 inhalator (120 dawek) | 05909991136932 | 2023-01-01 | 3 lata | 199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach | 94,05 | 101,57 | 107,67 | 121,20 | 93,99 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 30,41 |
| 581 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 320+9 µg | 1 inhalator (60 dawek) | 05909991136963 | 2023-01-01 | 3 lata | 199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach | 85,23 | 92,05 | 97,57 | 111,10 | 93,99 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 20,31 |
| 582 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę | 1 inh.po 60 daw. | 05903060620971 | 2023-09-01 | 3 lata | 199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach | 41,99 | 45,35 | 48,07 | 57,60 | 46,99 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 13,81 |
| 583 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę | 2 inh.po 60 daw. | 05903060620988 | 2023-09-01 | 3 lata | 199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach | 83,99 | 90,71 | 96,15 | 109,68 | 93,99 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 18,89 |
| 584 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 320+9 µg/dawkę | 1 inh.po 60 daw. | 05903060620995 | 2023-09-01 | 3 lata | 199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach | 84,99 | 91,79 | 97,30 | 110,83 | 93,99 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 20,04 |
| 585 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Symbicort, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh. po 120 daw. | 05000456011648 | 2023-09-01 | 3 lata | 199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach | 100,02 | 108,02 | 114,50 | 128,03 | 93,99 | Przewlekła obturacyjna choroba płuc | | 30% | 62,24 |
| 586 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh. po 120 daw. | 05909990873074 | 2021-07-01 | 3 lata | 199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach | 100,02 | 108,02 | 114,50 | 128,03 | 93,99 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 37,24 |
| 587 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh.po 60 daw. | 05909990873241 | 2022-01-01 | 3 lata | 199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach | 99,50 | 107,46 | 113,91 | 127,44 | 93,99 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 36,65 |
| 588 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 80+4,5 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh.po 60 daw. | 05909990872886 | 2022-01-01 | 3 lata | 199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach | 57,05 | 61,61 | 65,31 | 75,20 | 53,96 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 24,44 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 589 | Buprenorphinum | Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0.2 mg | 60 szt. | 05909991235635 | 2024-04-01 | 3 lata | 152.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - 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 |
| 593 | Buprenorphinum | Melodyn 35 µg/h, system transdermalny, 20 mg | 5 szt. | 05909990938056 | 2021-09-01 | 3 lata | 152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego | 40,80 | 44,06 | 46,71 | 56,73 | 54,94 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 4,99 |
| 594 | Buprenorphinum | Melodyn 35 µg/h, system transdermalny, 20 mg | 5 szt. | 05909990938056 | 2021-09-01 | 3 lata | 152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - 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 | 2021-09-01 | 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 | 2021-09-01 | 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 | 2021-09-01 | 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 | 2021-09-01 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 602 | Buprenorphinum | 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 |
| 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 | 2021-09-01 | 3 lata | 18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę | 50,25 | 54,27 | 57,53 | 67,19 | 52,80 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 30,23 |
| 613 | Calcipotriolum + Betamethasonum | Daivobet, żel, (50 µg+0,5 mg)/g | 1 but.po 60 g | 05909990948383 | 2021-09-01 | 3 lata | 18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę | 100,50 | 108,54 | 115,05 | 128,71 | 105,60 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 54,79 |
| 614 | Calcipotriolum + Betamethasonum | Daivobet, maść, (50 µg+0,5 mg)/g | 1 tuba po 30 g | 05909990979738 | 2021-09-01 | 3 lata | 18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę | 44,91 | 48,50 | 51,41 | 61,07 | 52,80 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 24,11 |
| 615 | Calcipotriolum + Betamethasonum | Duosone, żel, (50 µg+0,5 mg)/g | 1 tuba po 30 g | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 616 | Calcipotriolum + Betamethasonum | Duosone, żel, (50 µg+0,5 mg)/g | 1 tuba po 60 g | 03830070472097 | 2022-05-01 | 3 lata | 18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę | 74,90 | 80,89 | 85,74 | 99,40 | 99,40 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 29,82 |
| 617 | Calcipotriolum + Betamethasonum | Enstilar, piana na skórę, (50 µg+0,5 mg)/g | 60 g | 05909991283599 | 2023-09-01 | 3 lata | 18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę | 134,38 | 145,13 | 153,84 | 167,50 | 105,60 | Leczenie miejscowe łuszczycy zwyczajnej u dorosłych | | 30% | 93,58 |
| 618 | Calcipotriolum + Betamethasonum | Psotriol, żel, (50 µg+0,5 mg)/g | 1 but.po 60 g | 05909991441029 | 2022-01-01 | 3 lata | 18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę | 75,37 | 81,40 | 86,28 | 99,94 | 99,94 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 29,98 |
| 619 | Calcipotriolum + Betamethasonum | Psotriol, maść, (50 µg+0,5 mg)/g | 1 tuba po 60 g | 05909991409999 | 2023-09-01 | 3 lata | 18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę | 87,50 | 94,50 | 100,17 | 113,83 | 105,60 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 39,91 |
| 620 | Calcitriolum | Detriol, kaps. miękkie, 0.25 µg | 90 szt. | 05907464420816 | 2023-07-01 | 2 lata | 18.4, Witamina D i jej metabolity - 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 | 161,09 | 161,09 | 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% | 48,33 |
| 623 | Candesartanum cilexetili | Candepres, tabl., 16 mg | 28 szt. | 05909991433109 | 2021-09-01 - dla kolumny 14, 2021-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 14,00 | 15,12 | 16,03 | 21,39 | 21,39 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 6,42 |
| 624 | Candesartanum 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 625 | Candesartanum cilexetili | Candepres, tabl., 32 mg | 30 szt. | 05909991499655 | 2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 29,00 | 31,32 | 33,20 | 41,71 | 41,71 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 12,51 |
| 626 | Candesartanum cilexetili | Candepres, tabl., 32 mg | 30 szt. | 05909991453398 | 2021-11-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 29,99 | 32,39 | 34,33 | 42,84 | 42,84 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 12,85 |
| 627 | Candesartanum cilexetili | Carzap, tabl., 16 mg | 28 szt. | 05909991454883 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 13,95 | 15,07 | 15,97 | 21,33 | 21,33 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 6,40 |
| 628 | Candesartanum cilexetili | Carzap, tabl., 16 mg | 28 szt. | 05909991453329 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 13,98 | 15,10 | 16,01 | 21,37 | 21,37 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 6,41 |
| 629 | Candesartanum cilexetili | Carzap, tabl., 16 mg | 28 szt. | 05909991455057 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 13,98 | 15,10 | 16,01 | 21,37 | 21,37 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 6,41 |
| 630 | Candesartanum cilexetili | Carzap, tabl., 16 mg | 28 szt. | 05909990937172 | 2023-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 18,00 | 19,44 | 20,61 | 25,97 | 21,40 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 10,99 |
| 631 | Candesartanum cilexetili | Carzap, tabl., 16 mg | 30 szt. | 05909991496456 | 2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 14,50 | 15,66 | 16,60 | 22,25 | 22,25 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 6,68 |
| 632 | Candesartanum cilexetili | Carzap, tabl., 16 mg | 56 szt. | 05909991454890 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 27,90 | 30,13 | 31,94 | 40,10 | 40,10 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 12,03 |
| 633 | Candesartanum cilexetili | Carzap, tabl., 16 mg | 56 szt. | 05909991453336 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 27,96 | 30,20 | 32,01 | 40,17 | 40,17 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 12,05 |
| 634 | Candesartanum cilexetili | Carzap, tabl., 16 mg | 56 szt. | 05909991455064 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 27,96 | 30,20 | 32,01 | 40,17 | 40,17 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 12,05 |
| 635 | Candesartanum cilexetili | Carzap, tabl., 16 mg | 56 szt. | 05909990937196 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 36,00 | 38,88 | 41,21 | 49,37 | 42,80 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 19,41 |

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

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

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 657 | Candesartanum cilexetili + Amlodipinum | Camlocor, tabl., 16 + 10 mg | 28 szt. | 03838989720544 | 2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 16,80 | 18,14 | 19,23 | 24,59 | 21,40 | Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | 30% | 9,61 |
| 658 | Candesartanum cilexetili + Amlodipinum | Camlocor, tabl., 16 + 5 mg | 28 szt. | 05909991367732 | 2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 16,80 | 18,14 | 19,23 | 24,59 | 21,40 | Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | 30% | 9,61 |
| 659 | Candesartanum cilexetili + Amlodipinum | Camlocor, tabl., 8 + 5 mg | 28 szt. | 05909991367510 | 2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 8,40 | 9,07 | 9,61 | 12,77 | 10,70 | Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | 30% | 5,28 |
| 660 | Candesartanum cilexetili + Amlodipinum | Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 10 mg | 30 szt. | 05906414002140 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 24,35 | 26,30 | 27,87 | 33,52 | 22,93 | Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | 30% | 15,72 |
| 661 | Candesartanum cilexetili + Amlodipinum | Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 10 mg | 90 szt. | 05906414002171 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 73,00 | 78,84 | 83,57 | 94,08 | 68,79 | Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | 30% | 41,34 |
| 662 | Candesartanum cilexetili + Amlodipinum | Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 5 mg | 30 szt. | 05906414002089 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 24,35 | 26,30 | 27,87 | 33,52 | 22,93 | Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | 30% | 15,72 |
| 663 | Candesartanum cilexetili + Amlodipinum | Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 5 mg | 90 szt. | 05906414002119 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 73,00 | 78,84 | 83,57 | 94,08 | 68,79 | Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | 30% | 41,34 |
| 664 | Candesartanum cilexetili + Amlodipinum | Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 10 mg | 30 szt. | 05906414002027 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 12,18 | 13,15 | 13,94 | 17,30 | 11,46 | Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | 30% | 8,35 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 665 | Candesartanum cilexetili + Amlodipinum | Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 10 mg | 90 szt. | 05906414002058 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 36,50 | 39,42 | 41,79 | 49,01 | 34,39 | Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | 30% | 22,45 |
| 666 | Candesartanum cilexetili + Amlodipinum | Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 5 mg | 30 szt. | 05906414001969 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 12,18 | 13,15 | 13,94 | 17,30 | 11,46 | Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | 30% | 8,35 |
| 667 | Candesartanum cilexetili + Amlodipinum | Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 5 mg | 90 szt. | 05906414001990 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 36,50 | 39,42 | 41,79 | 49,01 | 34,39 | Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | 30% | 22,45 |
| 668 | Candesartanum cilexetili + Amlodipinum | Caramlo, tabl., 16 + 10 mg | 28 szt. | 05909991191832 | 2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 15,62 | 16,87 | 17,88 | 23,24 | 21,40 | Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | 30% | 8,26 |
| 669 | Candesartanum cilexetili + Amlodipinum | Caramlo, tabl., 16 + 5 mg | 28 szt. | 05909991418076 | 2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 15,62 | 16,87 | 17,88 | 23,24 | 21,40 | Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | 30% | 8,26 |
| 670 | Candesartanum cilexetili + Amlodipinum | Caramlo, tabl., 8 + 5 mg | 28 szt. | 05909991191764 | 2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 7,81 | 8,43 | 8,97 | 12,13 | 10,70 | Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | 30% | 4,64 |
| 671 | Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum | Candepres HCT, tabl., 16+12,5 mg | 30 szt. | 05909991450014 | 2021-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 15,70 | 16,96 | 17,97 | 23,62 | 22,93 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | 30% | 7,57 |
| 672 | Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum | Candepres HCT, tabl., 32+12,5 mg | 30 szt. | 05909991506391 | 2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 29,00 | 31,32 | 33,20 | 41,71 | 41,71 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | 30% | 12,51 |
| 673 | Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum | Candepres HCT, tabl., 32+25 mg | 30 szt. | 05909991506445 | 2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 29,00 | 31,32 | 33,20 | 41,71 | 41,71 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | 30% | 12,51 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 674 | Candesartanum 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 |
| 675 | 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 |
| 676 | 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 |
| 677 | 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 |
| 678 | Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg | 28 szt. | 05909991432300 | 2021-05-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 15,80 | 17,06 | 18,09 | 23,45 | 21,40 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | 30% | 8,47 |
| 679 | Candesartanum 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 |
| 680 | Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, tabl., 32+12,5 mg | 28 szt. | 05909991432324 | 2021-05-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 31,60 | 34,13 | 36,18 | 44,34 | 42,80 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | 30% | 14,38 |
| 681 | Candesartanum 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 |
| 682 | 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 |
| 683 | 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 |
| 684 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 685 | Candesartanum cilexetilum | Candepres, tabl., 16 mg | 28 szt. | 05909990739653 | 2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 18,00 | 19,44 | 20,61 | 25,97 | 21,40 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 10,99 |
| 686 | Candesartanum cilexetilum | Candepres, tabl., 32 mg | 28 szt. | 05909990739707 | 2021-05-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 31,41 | 33,92 | 35,95 | 44,11 | 42,80 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 14,15 |
| 687 | Candesartanum cilexetilum | Candepres, tabl., 8 mg | 28 szt. | 05909990739592 | 2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 9,00 | 9,72 | 10,30 | 13,46 | 10,70 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 5,97 |
| 688 | Candesartanum cilexetilum | Karbis, tabl., 16 mg | 56 tabl. | 05909990772209 | 2023-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 37,80 | 40,82 | 43,28 | 51,44 | 42,80 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 21,48 |
| 689 | Candesartanum cilexetilum | Karbis, tabl., 32 mg | 28 tabl. | 05909990772230 | 2023-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 37,80 | 40,82 | 43,28 | 51,44 | 42,80 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 21,48 |
| 690 | Candesartanum cilexetilum | Karbis, tabl., 8 mg | 56 tabl. | 05909990772179 | 2023-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 18,90 | 20,41 | 21,63 | 26,99 | 21,40 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 12,01 |
| 691 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Candepres HCT, tabl., 16+12,5 mg | 28 szt. | 05909990800629 | 2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 18,72 | 20,22 | 21,43 | 26,79 | 21,40 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | 30% | 11,81 |
| 692 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Candepres HCT, tabl., 32+12,5 mg | 28 szt. | 05909991063702 | 2021-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 35,50 | 38,34 | 40,64 | 48,80 | 42,80 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | 30% | 18,84 |
| 693 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Candepres HCT, tabl., 32+25 mg | 28 szt. | 05909991064051 | 2021-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 35,50 | 38,34 | 40,64 | 48,80 | 42,80 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | 30% | 18,84 |
| 694 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Candepres HCT, tabl., 8+12,5 mg | 28 szt. | 05909990800360 | 2022-11-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 9,00 | 9,72 | 10,30 | 13,46 | 10,70 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | 30% | 5,97 |
| 695 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg | 28 szt. | 05909991415907 | 2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 15,90 | 17,17 | 18,20 | 23,56 | 21,40 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | 30% | 8,58 |

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

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

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

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 722 | Carbamazepinum | Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml | 250 ml | 05909990341924 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 159.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - płynne postacie farmaceutyczne | 14,00 | 15,12 | 16,03 | 21,39 | 21,39 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 3,20 |
| 723 | Carbamazepinum | Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml | 250 ml | 05909990341924 | 2022-01-01 | 3 lata | 159.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - płynne postacie farmaceutyczne | 14,00 | 15,12 | 16,03 | 21,39 | 21,39 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 724 | Carbamazepinum | Tegretol CR 200, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg | 50 szt. | 05909990120215 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne | 9,00 | 9,72 | 10,30 | 13,57 | 11,34 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 5,43 |
| 725 | Carbamazepinum | Tegretol CR 200, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg | 50 szt. | 05909990120215 | 2022-01-01 | 3 lata | 159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne | 9,00 | 9,72 | 10,30 | 13,57 | 11,34 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 2,23 |
| 726 | Carbamazepinum | Tegretol CR 400, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 400 mg | 30 szt. | 05909990120116 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne | 10,86 | 11,73 | 12,43 | 16,29 | 13,61 | Padaczka | <1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 5,88 |
| 727 | Carbamazepinum | Tegretol CR 400, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 400 mg | 30 szt. | 05909990120116 | 2022-01-01 | 3 lata | 159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne | 10,86 | 11,73 | 12,43 | 16,29 | 13,61 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 2,68 |
| 728 | Cariprazinum | Reagila, kaps. twarde, 1.5 mg | 28 szt. | 05909991337056 | 2023-11-01 | 2 lata | 178.13, Leki przeciwpsychotyczne - kariprazyna | 189,80 | 204,98 | 217,29 | 236,22 | 236,22 | Leczenie dorosłych pacjentów ze schizofrenią z pierwotnymi, przeważającymi i przetrwałymi objawami negatywnymi, u których nie występują objawy depresyjne | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 729 | Cariprazinum | Reagila, kaps. twarde, 3 mg | 28 szt. | 05909991337155 | 2023-11-01 | 2 lata | 178.13, Leki przeciwpsychotyczne - kariprazyna | 189,80 | 204,98 | 217,29 | 236,22 | 236,22 | Leczenie dorosłych pacjentów ze schizofrenią z pierwotnymi, przeważającymi i przetrwałymi objawami negatywnymi, u których nie występują objawy depresyjne | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 730 | Cariprazinum | Reagila, kaps. twarde, 4.5 mg | 28 szt. | 05909991337230 | 2023-11-01 | 2 lata | 178.13, Leki przeciwpsychotyczne - kariprazyna | 189,80 | 204,98 | 217,29 | 236,22 | 236,22 | Leczenie dorosłych pacjentów ze schizofrenią z pierwotnymi, przeważającymi i przetrwałymi objawami negatywnymi, u których nie występują objawy depresyjne | | bezpłatny do limitu | 0,00 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 731 | 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 |
| 732 | 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 |
| 733 | 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 |
| 734 | 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 |
| 735 | 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 |
| 736 | 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 |
| 737 | 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 |
| 738 | 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 |
| 739 | 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 |
| 740 | 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 |
| 741 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 742 | 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 |
| 743 | 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 |
| 744 | 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 |
| 745 | 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 |
| 746 | 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 |
| 747 | 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 |
| 748 | 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 |
| 749 | 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 |
| 750 | 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 |
| 751 | 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 |
| 752 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 753 | Carvedilolum | Vivacor, tabl., 6.25 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990687893 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 12,00 | 12,96 | 13,74 | 15,17 | 4,34 | Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV | zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | 30% | 12,13 |
| 754 | Cefaclorum | Ceclor, 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 |
| 755 | 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 |
| 756 | 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 |
| 757 | 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 |
| 758 | 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 |
| 759 | 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 |
| 760 | Cefaclorum | Ceclor MR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 375 mg | 10 szt. | 05909990676514 | 2022-01-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 17,78 | 19,20 | 20,36 | 24,44 | 13,44 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 17,72 |
| 761 | Cefaclorum | Ceclor MR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg | 10 szt. | 05909990676613 | 2022-01-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 23,70 | 25,60 | 27,13 | 32,12 | 17,93 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 23,16 |
| 762 | Cefaclorum | Ceclor MR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg | 14 szt. | 05909990676620 | 2022-01-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 33,18 | 35,83 | 37,98 | 44,39 | 25,10 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 31,84 |
| 763 | Cefaclorum | Ceclor MR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg | 10 szt. | 05909990676712 | 2022-01-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 35,55 | 38,39 | 40,69 | 47,32 | 26,89 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 33,88 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 764 | 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 |
| 765 | 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 |
| 766 | 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 |
| 767 | 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 |
| 768 | 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 | 30,74 | 17,93 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 19,60 |
| 769 | 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 | 39,37 | 25,10 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 24,14 |
| 770 | 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 | 42,57 | 35,85 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 22,19 |
| 771 | 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 | 52,69 | 50,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 24,84 |
| 772 | 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 | 19,65 | 17,93 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 10,69 |
| 773 | 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 | 26,90 | 25,10 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 14,35 |
| 774 | 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 | 35,43 | 35,43 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 17,72 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 775 | 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 | 50,25 | 50,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 25,16 |
| 776 | 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 | 33,92 | 33,92 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 16,96 |
| 777 | 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 | 46,12 | 46,12 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 23,06 |
| 778 | Cefuroximum | Cefuroxime Genoptim, tabl. powl., 500 mg | 10 szt. | 05909991353483 | 2022-09-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 22,20 | 23,98 | 25,41 | 33,13 | 33,13 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 16,57 |
| 779 | Cefuroximum | Cefuroxime Genoptim, tabl. powl., 500 mg | 14 szt. | 05909991353490 | 2022-09-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 31,08 | 33,57 | 35,58 | 45,01 | 45,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 22,51 |
| 780 | 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 |
| 781 | 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 |
| 782 | 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 | 18,21 | 17,93 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 9,25 |
| 783 | 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 | 25,99 | 25,10 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 13,44 |
| 784 | 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 | 34,28 | 34,28 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 17,14 |
| 785 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 786 | 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 |
| 787 | 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 | 33,42 | 33,42 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 16,71 |
| 788 | 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 | 50,19 | 50,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 25,10 |
| 789 | 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 | 63,83 | 63,83 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 31,92 |
| 790 | 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 | 35,20 | 35,20 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 17,60 |
| 791 | 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 | 47,90 | 47,90 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 23,95 |
| 792 | 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 | 20,42 | 17,93 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 11,46 |
| 793 | 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 | 26,22 | 25,10 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 13,67 |
| 794 | 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 | 35,52 | 35,52 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 17,76 |
| 795 | 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 | 38,51 | 35,85 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 20,59 |
| 796 | Cefuroximum | Xorimax 500, tabl. drażowane, 500 mg | 14 szt. | 05907626701760 | 2021-09-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 34,80 | 37,58 | 39,84 | 49,27 | 49,27 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 24,64 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 797 | 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 | 19,87 | 17,93 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 10,91 |
| 798 | 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 | 27,24 | 25,10 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 14,69 |
| 799 | 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 | 37,48 | 35,85 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 19,56 |
| 800 | 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 | 51,10 | 50,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 26,01 |
| 801 | 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 | 52,14 | 52,14 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 26,07 |
| 802 | 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 | 27,90 | 27,90 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 13,95 |
| 803 | 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 | 15,01 | 8,96 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 10,53 |
| 804 | 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 |
| 805 | 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 |
| 806 | 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 | 20,44 | 17,93 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 11,48 |
| 807 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 808 | Cefuroximum | Zinnat, tabl. powl., 500 mg | 10 szt. | 05909997210605 | 2021-07-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 22,79 | 24,61 | 26,09 | 33,81 | 33,81 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 16,91 |
| 809 | 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 | 34,01 | 34,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 17,01 |
| 810 | 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 | 34,57 | 34,57 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 17,29 |
| 811 | 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 | 34,62 | 34,62 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 17,31 |
| 812 | Cefuroximum | Zinnat, tabl. powl., 500 mg | 10 szt. | 05909991399290 | 2021-05-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 23,50 | 25,38 | 26,90 | 34,62 | 34,62 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 17,31 |
| 813 | 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 | 35,20 | 35,20 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 17,60 |
| 814 | 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 | 37,48 | 35,85 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 19,56 |
| 815 | 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 | 45,94 | 45,94 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 22,97 |
| 816 | 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 | 46,24 | 46,24 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 23,12 |
| 817 | 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 | 51,10 | 50,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 26,01 |
| 818 | 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 | 19,73 | 17,93 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 10,77 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych 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 | 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 | 36,66 | 35,85 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 18,74 |
| 820 | 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 | 48,64 | 48,64 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 24,32 |
| 821 | 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 |
| 822 | 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 |
| 823 | 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 |
| 824 | 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 |
| 825 | 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 |
| 826 | Cetirizine dihydrochloride | Amertil, tabl. powl., 10 mg | 20 szt. | 05909990410729 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 6,00 | 6,48 | 7,02 | 9,76 | 8,97 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 3,48 |

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

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 838 | Cetirizini dihydrochloridum | Zyrtec, krople doustne, 10 mg/ml | 20 ml | 05909990184736 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 11,50 | 12,42 | 13,17 | 18,63 | 18,63 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 5,59 |
| 839 | Cetirizinum | Zyrtec, tabl. 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 |
| 840 | Cetrorelixum | Cetrotide, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 0.25 mg | 1 fiol. + 1 amp.-strz. | 05909990488926 | 2021-07-01 | 3 lata | 78.1, Hormony przysadki i podwzgórza – antygonadotropiny uwalniające hormony | 79,40 | 85,75 | 90,89 | 104,42 | 97,10 | Zapobieganie przedwczesnej owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, poddawanych kontrolowanej hiperstymulacji jajników – refundacja do 3 cykli | | 50% | 55,87 |
| 841 | Chlorambucilum | Leukeran, tabl. 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 |
| 842 | Chloroquinum | Arechin, tabl., 250 mg | 30 szt. | 05909991139582 | 2023-03-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 192.0, Leki przeciwmalaryczne - chlorochina | 13,15 | 14,20 | 15,06 | 20,18 | 20,18 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; <2>porfiria skórna późna | 30% | 6,05 |
| 843 | Chlorprothixeni hydrochloridum | Chlorprothixen Hasco, tabl. 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 |
| 844 | 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 |
| 845 | 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 |
| 846 | 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 |
| 847 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 848 | Chlorprothixeni hydrochloridum | Chlorprothixen Zentiva, tabl. 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 |
| 849 | 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 |
| 850 | 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 |
| 851 | Ciclesonidum | Alvesco 160, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160 µg | 1 poj. 120 daw. | 05909990212064 | 2023-11-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 114,00 | 123,12 | 130,51 | 146,39 | 146,39 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 12,80 |
| 852 | Ciclesonidum | Alvesco 80, aerozol inhalacyjny, roztwór, 80 µg | 1 poj. 120 daw. | 05909990212057 | 2023-11-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 72,75 | 78,57 | 83,29 | 95,17 | 73,20 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 28,37 |
| 853 | Ciclosporinum | Cyclaid, kaps. miękkie, 100 mg | 50 szt. | 05909990787463 | 2022-05-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 220,00 | 237,60 | 251,86 | 271,44 | 271,44 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych 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 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 855 | Ciclosporinum | Cyclaid, kaps. miękkie, 50 mg | 50 szt. | 05909990787357 | 2022-05-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 105,30 | 113,72 | 120,55 | 135,93 | 135,93 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych 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 |
| 856 | Ciclosporinum | Equoral, kaps. elastyczne, 100 mg | 50 szt. | 05909990946624 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 220,00 | 237,60 | 251,86 | 271,44 | 271,44 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych 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 | 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 |
| 858 | Ciclosporinum | Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml | 50 ml | 05909991460679 | 2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 138.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 248,50 | 268,38 | 284,48 | 305,51 | 305,51 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych 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** |
| 859 | Ciclosporinum | Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml | 50 ml | 05909990946716 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 138.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 256,50 | 277,02 | 293,64 | 314,67 | 314,67 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>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 |
| 860 | Ciclosporinum | Equoral, kaps. elastyczne, 25 mg | 50 szt. | 05909990946426 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 49,95 | 53,95 | 57,19 | 68,57 | 67,97 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>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 |
| 861 | Ciclosporinum | Equoral, kaps. elastyczne, 50 mg | 50 szt. | 05909990946525 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 105,30 | 113,72 | 120,55 | 135,93 | 135,93 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>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 |
| 862 | Ciclosporinum | Ikervis, krople do oczu, emulsja, 1 mg/ml | 30 poj. 0,3 ml | 04987084303585 | 2022-09-01 | 2 lata | 257.0, Cyklosporyna | 322,00 | 347,76 | 368,63 | 391,72 | 391,72 | Ciężkie zapalenie rogówki u dorosłych pacjentów z zespołem suchego oka, u których nie nastąpiła poprawa pomimo stosowania preparatów sztucznych łez | | 30% | 117,52 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 863 | Ciclosporinum | Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 10 mg | 60 szt. | 05909990406111 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 43,26 | 46,72 | 49,53 | 57,22 | 32,62 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>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 |
| 864 | Ciclosporinum | Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 100 mg | 50 szt. | 05909990336814 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 226,86 | 245,01 | 259,71 | 279,29 | 271,86 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>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 |
| 865 | Ciclosporinum | Sandimmun Neoral, roztwór doustny, 100 mg/ml | 50 ml | 05909990336913 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 138.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 284,54 | 307,30 | 325,74 | 346,77 | 314,67 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>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 |
| 866 | Ciclosporinum | Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 25 mg | 50 szt. | 05909990336616 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 56,66 | 61,19 | 64,86 | 76,24 | 67,97 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 867 | Ciclosporinum | Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 50 mg | 50 szt. | 05909990336715 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 113,13 | 122,18 | 129,51 | 144,89 | 135,93 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych 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 |
| 868 | 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 | 2,23 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 9,18 |
| 869 | 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 | 14,37 | 5,21 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 12,36 |
| 870 | 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 | 23,60 | 10,43 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 19,14 |
| 871 | Cilazaprilum | Cilan, tabl. powl., 1 mg | 30 szt. | 05909990066667 | 2022-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 9,50 | 10,26 | 10,88 | 11,82 | 2,23 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 11,82 |
| 872 | Cilazaprilum | Cilan, tabl. powl., 2.5 mg | 30 szt. | 05909990066780 | 2022-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 12,80 | 13,82 | 14,66 | 16,47 | 5,58 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 14,09 |
| 873 | Cilazaprilum | Cilan, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909990066803 | 2022-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 20,39 | 22,02 | 23,34 | 26,62 | 11,17 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 21,85 |
| 874 | Ciprofibratum | 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 |
| 875 | 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 |
| 876 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 877 | 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 |
| 878 | 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 |
| 879 | 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 |
| 880 | 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 |
| 881 | 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 |
| 882 | 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 |
| 883 | 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 | 20,29 | 18,08 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 11,25 |
| 884 | 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 | 28,07 | 28,07 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 14,04 |
| 885 | Clarithromycinum | Fromilid 500, tabl. powl., 500 mg | 28 szt. | 05909991036546 | 2021-05-01 | 3 lata | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 35,00 | 37,80 | 40,07 | 50,90 | 50,90 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 25,45 |
| 886 | Clarithromycinum | Klabax, tabl. 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 | 20,23 | 18,08 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 11,19 |
| 887 | 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 | 27,21 | 27,21 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 13,61 |
| 888 | 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 | 37,61 | 37,61 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 18,81 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 889 | Clarithromycinum | Klabax EC, 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 |
| 890 | 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 |
| 891 | 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 |
| 892 | 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 |
| 893 | 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 |
| 894 | 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 |
| 895 | 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 | 16,37 | 12,92 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 9,91 |
| 896 | 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 | 22,41 | 18,08 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 13,37 |
| 897 | 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 |
| 898 | 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 |
| 899 | 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 | 42,72 | 36,16 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 24,64 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 900 | Clarithromycinum | Klarmin, tabl. powl., 500 mg | 14 szt. | 05909991030117 | 2022-01-01 | 3 lata | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 20,00 | 21,60 | 22,90 | 30,36 | 30,36 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 15,18 |
| 901 | Clarithromycinum | Taclar, tabl. 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 | 34,88 | 34,88 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 15,70 |
| 902 | 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 |
| 903 | 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 |
| 904 | 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 |
| 905 | 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 |
| 906 | 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 |
| 907 | Clindamycinum | Dalacin C, kaps., 150 mg | 16 szt. | 05909990071210 | 2022-01-01 | 3 lata | 102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 7,04 | 7,60 | 8,14 | 11,30 | 10,35 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 6,13 |
| 908 | Clindamycinum | Dalacin C, kaps., 300 mg | 16 szt. | 05909990306435 | 2022-01-01 | 3 lata | 102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 14,08 | 15,21 | 16,11 | 21,48 | 20,70 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 11,13 |
| 909 | Clindamycinum | Dalacin C, kaps., 75 mg | 16 szt. | 05909990071111 | 2022-01-01 | 3 lata | 102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 6,35 | 6,86 | 7,40 | 9,16 | 5,18 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 6,57 |
| 910 | Clindamycinum | Klimicin, kaps. twarde, 300 mg | 16 szt. | 05907626707397 | 2022-05-01 | 3 lata | 102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 12,00 | 12,96 | 13,74 | 19,11 | 19,11 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 9,56 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 911 | 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 |
| 912 | Clobetasoli propionas | Dermovate, roztwór na skórę, 0.5 mg/ml | 50 ml | 05909997013800 | 2022-11-01 | 3 lata | 56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania | 11,87 | 12,82 | 13,59 | 18,20 | 16,66 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 9,87 |
| 913 | Clobetasoli propionas | Dermovate, roztwór na skórę, 0.5 mg/ml | 50 ml | 05909997196497 | 2022-07-01 | 3 lata | 56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania | 11,88 | 12,83 | 13,60 | 18,21 | 16,66 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 9,88 |
| 914 | Clobetasoli propionas | Dermovate, roztwór na skórę, 0.5 mg/ml | 50 ml | 05909990369928 | 2022-01-01 | 3 lata | 56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania | 15,40 | 16,63 | 17,63 | 22,24 | 16,66 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 13,91 |
| 915 | Clomipramini hydrochloridum | Anafranil, tabl. 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 |
| 916 | 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 |
| 917 | 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 |
| 918 | Clonazepamum | Clonazepamum TZF, tabl., 0.5 mg | 30 szt. | 05909990135615 | 2024-04-01 | 3 lata | 158.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - benzodiazepiny | 6,00 | 6,48 | 7,02 | 8,57 | 4,63 | Padaczka | | ryczałt | 6,07 |
| 919 | Clonazepamum | Clonazepamum TZF, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909990135516 | 2024-04-01 | 3 lata | 158.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - benzodiazepiny | 12,00 | 12,96 | 13,74 | 18,53 | 18,53 | Padaczka | | ryczałt | 2,72 |
| 920 | 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 |
| 921 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 922 | Clopidogrelum | Agregex, tabl. 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 |
| 923 | 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 |
| 924 | 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 |
| 925 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 926 | Clopidogrelum | Clopidix, tabl. 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 |
| 927 | 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 |
| 928 | 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 |
| 929 | Clopidogrelum | Clopidogrel KRKA, tabl. powl., 75 mg | 28 szt. | 05909991029388 | 2021-05-01 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 930 | Clopidogrelum | Grepid, tabl. 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 |
| 931 | 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 |
| 932 | 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 |
| 933 | Clopidogrelum | Zyllt, tabl. powl., 75 mg | 28 szt. | 05901878600475 | 2021-07-01 | 3 lata | 23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel | 13,08 | 14,13 | 14,97 | 21,32 | 21,32 | 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% | 6,40 |

| 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** |
| 934 | 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 |
| 935 | 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 |
| 936 | 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 |
| 937 | Clozapinum | Clopizam, tabl., 100 mg | 100 szt. | 05909991327736 | 2022-03-01 | 3 lata | 178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 35,00 | 37,80 | 40,07 | 47,93 | 42,13 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 5,80 |
| 938 | Clozapinum | Clopizam, tabl., 100 mg | 50 szt. | 05909991327705 | 2024-04-01 | 3 lata | 178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 17,92 | 19,35 | 20,52 | 25,63 | 21,07 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 4,56 |
| 939 | Clozapinum | Clopizam, tabl., 25 mg | 50 szt. | 05909991327606 | 2024-04-01 | 3 lata | 178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 4,48 | 4,84 | 5,38 | 7,04 | 5,27 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 1,77 |
| 940 | Clozapinum | Klozapol, tabl., 100 mg | 50 szt. | 05909990139521 | 2022-01-01 | 3 lata | 178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 23,00 | 24,84 | 26,33 | 31,44 | 21,07 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 10,37 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 941 | Clozapinum | Klozapol, tabl., 25 mg | 50 szt. | 05909990139422 | 2022-01-01 | 3 lata | 178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 6,50 | 7,02 | 7,56 | 9,22 | 5,27 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 3,95 |
| 942 | Clozapinum | Symcloza, tabl., 100 mg | 50 szt. | 05909991373443 | 2022-09-01 | 3 lata | 178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 17,48 | 18,88 | 20,01 | 25,12 | 21,07 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 4,05 |
| 943 | Clozapinum | Symcloza, tabl., 200 mg | 50 szt. | 05909991373467 | 2022-05-01 | 3 lata | 178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 34,96 | 37,76 | 40,02 | 47,88 | 42,13 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 5,75 |
| 944 | Clozapinum | Symcloza, tabl., 25 mg | 50 szt. | 05909991373382 | 2022-09-01 | 3 lata | 178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 4,37 | 4,72 | 5,26 | 6,92 | 5,27 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 1,65 |
| 945 | Colecalciferolum | Juvit D3, krople doustne, roztwór, 20000 j.m./ml | 10 ml | 05909991047818 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, <1>9 miesięcy/<2>3 lata - dla kolumny 15 | 18.2, Witamina D i jej metabolity - kolekalcyferol 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 |
| 946 | 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 |
| 947 | Collagenasum | Iruxol Mono, maść, 1.2 j./g | 20 g | 05909990015412 | 2022-01-01 | 3 lata | 51.0, Enzymy stosowane w oczyszczaniu ran | 29,00 | 31,32 | 33,20 | 41,53 | 41,53 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 20,77 |
| 948 | Conestatum alfa | Ruconest, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2100 j. | 1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw do podawania | 08718309680077 | 2022-05-01 | 2 lata | 241.0, Leki stosowane w dziedzicznym obrzęku naczynioruchowym - konestat alfa | 3417,00 | 3690,36 | 3852,36 | 3947,16 | 3947,16 | Leczenie ostrych, zagrażających życiu napadów obrzęku naczynioruchowego u dzieci (od 2 roku życia), młodzieży oraz dorosłych chorych na dziedziczny obrzęk naczynioruchowy wywołany niedoborem inhibitora esterazy C1 | | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 949 | Corifollitropinum alfa | Elonva, roztwór do wstrzykiwań, 100 µg | 1 amp.-strz. 0,5 ml | 05909997077482 | 2023-01-01 | 3 lata | 69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny | 1145,81 | 1237,47 | 1311,72 | 1360,36 | 1360,36 | Kontrolowana hiperstymulacja jajników w skojarzeniu z antagonistą GnRH u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem – refundacja do 3 cykli | | ryczałt | 3,20 |
| 950 | Corifollitropinum alfa | Elonva, roztwór do wstrzykiwań, 150 µg | 1 amp.-strz. 0,5 ml | 05909997077499 | 2023-01-01 | 3 lata | 69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny | 1145,81 | 1237,47 | 1311,72 | 1360,36 | 1360,36 | Kontrolowana hiperstymulacja jajników w skojarzeniu z antagonistą GnRH u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem – refundacja do 3 cykli | | ryczałt | 3,20 |
| 951 | Cyanocobalaminum (vit. B12) | Vitaminum B12 WZF, roztwór do wstrzykiwań, 500 µg/ml | 5 amp.po 2 ml | 05909990244010 | 2024-04-01 | 3 lata | 26.0, Witamina B12 - cyjanokobalamina | 8,10 | 8,75 | 9,29 | 12,89 | 12,89 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,48 |
| 952 | Cyclophosphamidum | Endoxan, tabl. drażowane, 50 mg | 50 szt. | 05909990240814 | 2022-03-01 - dla kolumny 14, <1>2022-05-01/<2>2022-07-01/<3>2023-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 117.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki alkilujące - cyklofosfamid | 67,00 | 72,36 | 76,70 | 89,72 | 89,72 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>choroby autoimmunizacyjne; amyloidoza; <2>zespół hemofagocytowy; zespół POEMS; małopłytkowość oporna na leczenie kortykosteroidami; anemia hemolityczna oporna na leczenie kortykosteroidami; <3>sarkoidoza; śródmiąższowe zapalenie płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL - z wyjątkiem idiopatycznego włóknienia płuc | ryczałt | 3,20 |
| 953 | Cyclophosphamidum | Endoxan, tabl. drażowane, 50 mg | 50 szt. | 05909990240814 | 2022-03-01 | 3 lata | 117.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki alkilujące - cyklofosfamid | 67,00 | 72,36 | 76,70 | 89,72 | 89,72 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 954 | Cyproteroni 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 955 | Cyproteroni 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 |
| 956 | Cyproteroni acetas + Ethinylestradiolum | Cyprodiol, tabl. powl., 2+0,035 mg | 21 szt. | 05909991039486 | 2021-07-01 | 3 lata | 72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron | 7,30 | 7,88 | 8,42 | 10,77 | 7,60 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,45 |
| 957 | 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 |
| 958 | 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 |
| 959 | 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 |
| 960 | Dabigatranum etexilatum | Daxanlo, kaps. twarde, 110 mg | 30 szt. | 03838989761783 | 2024-04-01 | 3 lata | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 33,15 | 35,80 | 37,95 | 47,76 | 47,76 | Żylne powikłania 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 | 3,20 |
| 961 | Dabigatranum etexilatum | Daxanlo, kaps. twarde, 110 mg | 30 szt. | 03838989761783 | 2024-04-01 | 3 lata | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 33,15 | 35,80 | 37,95 | 47,76 | 47,76 | Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia | | 30% | 14,33 |
| 962 | Dabigatranum etexilatum | Daxanlo, kaps. twarde, 110 mg | 60 szt. | 03838989761844 | 2024-04-01 | 3 lata | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 66,30 | 71,60 | 75,90 | 89,71 | 89,71 | Żylne powikłania 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 | 3,20 |
| 963 | Dabigatranum etexilatum | Daxanlo, kaps. twarde, 110 mg | 60 szt. | 03838989761844 | 2024-04-01 | 3 lata | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 66,30 | 71,60 | 75,90 | 89,71 | 89,71 | Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia | | 30% | 26,91 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych 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 | Daxanlo, kaps. twarde, 150 mg | 30 szt. | 03838989761806 | 2024-04-01 | 3 lata | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 45,20 | 48,82 | 51,74 | 63,18 | 63,18 | Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia | | 30% | 18,95 |
| 965 | Dabigatranum etexilatum | Daxanlo, kaps. twarde, 150 mg | 60 szt. | 03838989761851 | 2024-04-01 | 3 lata | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 90,40 | 97,63 | 103,49 | 118,93 | 118,93 | Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia | | 30% | 35,68 |
| 966 | Dabigatranum etexilatum | Pradaxa, kaps. twarde, 110 mg | 30 szt. | 05909990641260 | 2023-03-01 | 3 lata | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 106,50 | 115,02 | 121,92 | 131,73 | 51,54 | Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia | | 30% | 95,65 |
| 967 | Dabigatranum etexilatum | Pradaxa, kaps. twarde, 150 mg | 30 szt. | 05909990887453 | 2023-03-01 | 3 lata | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 106,50 | 115,02 | 121,92 | 133,36 | 70,28 | Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia | | 30% | 84,16 |
| 968 | Dabigatranum etexilatum | Telexer, kaps. twarde, 110 mg | 30 szt. | 05907594033252 | 2023-11-01 | 3 lata | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 38,99 | 42,11 | 44,64 | 54,45 | 51,54 | Żylne powikłania 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 | 6,11 |
| 969 | Dabigatranum etexilatum | Telexer, kaps. twarde, 110 mg | 30 szt. | 05907594033252 | 2023-11-01 | 3 lata | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 38,99 | 42,11 | 44,64 | 54,45 | 51,54 | Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia | | 30% | 18,37 |
| 970 | Dabigatranum etexilatum | Telexer, kaps. twarde, 110 mg | 60 szt. | 05907594033269 | 2023-11-01 | 3 lata | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 77,98 | 84,22 | 89,27 | 103,08 | 103,08 | Żylne powikłania 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 | 3,20 |
| 971 | Dabigatranum etexilatum | Telexer, kaps. twarde, 110 mg | 60 szt. | 05907594033269 | 2023-11-01 | 3 lata | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 77,98 | 84,22 | 89,27 | 103,08 | 103,08 | Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia | | 30% | 30,92 |
| 972 | Dabigatranum etexilatum | Telexer, kaps. twarde, 150 mg | 180 szt. | 05907594033306 | 2023-11-01 | 3 lata | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 319,01 | 344,53 | 365,20 | 388,19 | 388,19 | Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia | | 30% | 116,46 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 973 | Dabigatranum etexilatum | Telexer, kaps. twarde, 150 mg | 30 szt. | 05907594033283 | 2023-11-01 | 3 lata | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 53,17 | 57,42 | 60,87 | 72,31 | 70,28 | Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia | | 30% | 23,11 |
| 974 | Dabigatranum etexilatum | Telexer, kaps. twarde, 150 mg | 60 szt. | 05907594033290 | 2023-11-01 | 3 lata | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 106,34 | 114,85 | 121,74 | 137,18 | 137,18 | Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia | | 30% | 41,15 |
| 975 | 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 |
| 976 | 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 | 161,09 | 161,09 | <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% | 48,33 |

| 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 |
| 977 | Degarelixum | Firmagon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 120 mg | 2 fiol. z prosz. i 2 fiol. z rozp. | 05909990774869 | 2022-09-01 | 3 lata | 237.0, Leki przeciwnowotworowe - antagoniści hormonów | 1385,45 | 1496,29 | 1586,07 | 1635,54 | 1635,54 | Zaawansowany hormonozależny rak gruczołu krokowego | | ryczałt | 9,48 |
| 978 | Degarelixum | Firmagon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 80 mg | 1 fiol. z prosz. i 1 amp-strz. rozp. | 05909990774852 | 2022-09-01 | 3 lata | 237.0, Leki przeciwnowotworowe - antagoniści hormonów | 461,77 | 498,71 | 528,64 | 556,13 | 556,13 | Zaawansowany hormonozależny rak gruczołu krokowego | | ryczałt | 3,20 |
| 979 | Denosumabum | Prolia, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/1 ml | 1 amp.-strz.po 1 ml | 05909990761647 | 2023-05-01 | 3 lata | 231.0, Leki stosowane w chorobach kości - przeciwciała monoklonalne - denosumab | 525,14 | 567,15 | 601,18 | 630,66 | 630,66 | Osteoporoza pomenopauzalna (T-score mniejsze lub równe -2,5 mierzone metodą DXA lub wystąpienie złamania osteoporotycznego) u kobiet w wieku powyżej 60 lat, po niepowodzeniu leczenia doustnymi bisfosfonianami lub z przeciwwskazaniami (nietolerancja) do ich stosowania; Osteoporoza (T-score mniejsze lub równe -2,5 mierzone metodą DXA lub wystąpienie złamania osteoporotycznego) u mężczyzn w wieku powyżej 60 lat, po niepowodzeniu leczenia doustnymi bisfosfonianami lub z przeciwwskazaniami (nietolerancja) do ich stosowania | | 30% | 189,20 |
| 980 | Desloratadinum | Dasselta, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909991032838 | 2021-05-01 | 3 lata | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 10,30 | 11,12 | 11,79 | 15,70 | 13,46 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,28 |
| 981 | Desloratadinum | Dasselta, tabl. powl., 5 mg | 90 szt. | 05909991032852 | 2021-05-01 | 3 lata | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 30,89 | 33,36 | 35,36 | 43,32 | 40,37 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 15,06 |
| 982 | Desloratadinum | Delortan, roztwór doustny, 0.5 mg/ml | 1 but.po 120 ml | 05909990969364 | 2022-07-01 | 3 lata | 207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 8,62 | 9,31 | 9,87 | 13,67 | 13,67 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 4,10 |
| 983 | Desloratadinum | Delortan, tabl. 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 |
| 984 | 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 |
| 985 | Desloratadinum | Deslodyna, roztwór doustny, 0.5 mg/ml | 150 ml (but.) | 05909990964574 | 2021-05-01 | 3 lata | 207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 12,20 | 13,18 | 13,96 | 18,39 | 17,09 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,43 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 986 | Desloratadinum | Deslodyna, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909990964611 | 2021-05-01 | 3 lata | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 10,10 | 10,91 | 11,57 | 15,48 | 13,46 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,06 |
| 987 | Desloratadinum | Desloratadine Aurovitas, tabl. 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 |
| 988 | 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 |
| 989 | 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 |
| 990 | Desloratadinum | Dynid, roztwór doustny, 0.5 mg/ml | 150 ml | 05909990975921 | 2022-01-01 | 3 lata | 207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 10,79 | 11,65 | 12,36 | 16,79 | 16,79 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,04 |
| 991 | Desloratadinum | Dynid, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990979981 | 2022-01-01 | 3 lata | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 8,95 | 9,67 | 10,25 | 14,16 | 13,46 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 4,74 |
| 992 | Desloratadinum | Dynid, tabl., 5 mg | 60 szt. | 05902020241669 | 2022-09-01 | 3 lata | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 16,50 | 17,82 | 18,89 | 25,31 | 25,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 7,59 |
| 993 | Desloratadinum | Hitaxa, roztwór doustny, 0.5 mg/ml | 1 but.po 150 ml | 05909990981458 | 2024-04-01 | 3 lata | 207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 14,00 | 15,12 | 16,03 | 20,46 | 17,09 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 8,50 |
| 994 | Desloratadinum | Hitaxa, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2.5 mg | 30 szt. | 05909990981359 | 2024-04-01 | 3 lata | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 6,53 | 7,05 | 7,59 | 9,73 | 6,73 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,02 |
| 995 | Desloratadinum | Hitaxa, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 30 szt. | 05909990981373 | 2024-04-01 | 3 lata | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 13,05 | 14,09 | 14,94 | 18,85 | 13,46 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 9,43 |
| 996 | Desloratadinum | Jovesto, tabl. 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 997 | Desloratadinum | Jovesto, tabl. 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 |
| 998 | Desloratadinum | Jovesto, tabl. powl., 5 mg | 60 szt. | 05909990994533 | 2021-05-01 | 3 lata | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 17,90 | 19,33 | 20,49 | 26,91 | 26,91 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 8,07 |
| 999 | Desloratadinum | Jovesto, tabl. 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 |
| 1000 | 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 |
| 1001 | 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 |
| 1002 | Desmopressinum | Minirin Melt, liofilizat doustny, 120 µg | 30 szt. | 05909990068548 | 2021-07-01 | 3 lata | 78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny | 146,00 | 157,68 | 167,14 | 184,69 | 184,69 | Moczówka prosta przysadkowa | | ryczałt | 3,20 |
| 1003 | Desmopressinum | Minirin Melt, liofilizat doustny, 120 µg | 30 szt. | 05909990068548 | 2021-07-01 - dla kolumny 14, 2021-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny | 146,00 | 157,68 | 167,14 | 184,69 | 184,69 | Pierwotne izolowane moczenie nocne u pacjentów powyżej 6 roku życia z prawidłową zdolnością zagęszczania moczu po udokumentowaniu nieskuteczności 1-miesięcznego postępowania wspomagającego i motywującego | pierwotne izolowane moczenie nocne u pacjentów pomiędzy 5-6 rokiem życia z prawidłową zdolnością zagęszczania moczu po udokumentowaniu nieskuteczności 1-miesięcznego postępowania wspomagającego i motywującego | 30% | 55,41 |
| 1004 | Desmopressinum | Minirin Melt, liofilizat doustny, 240 µg | 30 szt. | 05909990068579 | 2021-07-01 | 3 lata | 78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny | 304,72 | 329,10 | 348,84 | 370,98 | 369,38 | Moczówka prosta przysadkowa | | ryczałt | 8,00 |
| 1005 | Desmopressinum | Minirin Melt, liofilizat doustny, 240 µg | 30 szt. | 05909990068579 | 2021-07-01 - dla kolumny 14, 2021-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny | 304,72 | 329,10 | 348,84 | 370,98 | 369,38 | Pierwotne izolowane moczenie nocne u pacjentów powyżej 6 roku życia z prawidłową zdolnością zagęszczania moczu po udokumentowaniu nieskuteczności 1-miesięcznego postępowania wspomagającego i motywującego | pierwotne izolowane moczenie nocne u pacjentów pomiędzy 5-6 rokiem życia z prawidłową zdolnością zagęszczania moczu po udokumentowaniu nieskuteczności 1-miesięcznego postępowania wspomagającego i motywującego | 30% | 112,41 |
| 1006 | Desmopressinum | Minirin Melt, liofilizat doustny, 60 µg | 30 szt. | 05909990068494 | 2021-07-01 | 3 lata | 78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny | 73,00 | 78,84 | 83,57 | 97,10 | 92,35 | Moczówka prosta przysadkowa | | ryczałt | 7,95 |

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

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 1017 | Dexamethasonum | Pabi-Dexamethason, tabl., 20 mg | 20 szt. | 05900411007351 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego | 233,94 | 252,66 | 267,82 | 288,13 | 288,13 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 25,60 |
| 1018 | Dexamethasonum | Pabi-Dexamethason, tabl., 4 mg | 20 szt. | 05900411007276 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego | 46,79 | 50,53 | 53,57 | 64,28 | 64,27 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 5,13 |
| 1019 | Dexamethasonum | Pabi-Dexamethason, tabl., 500 µg | 20 szt. | 05904374007861 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego | 7,80 | 8,42 | 8,96 | 11,65 | 8,03 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 6,14 |
| 1020 | Dexamethasonum | Pabi-Dexamethason, tabl., 8 mg | 20 szt. | 05900411007313 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego | 93,58 | 101,07 | 107,13 | 121,84 | 121,84 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 10,24 |
| 1021 | Diazepamum | Relsed, mikrowlewka doodbytnicza, roztwór, 2 mg/ml | 5 mikrowlewek a 2,5 ml | 05909990751518 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 181.1, Leki 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 |
| 1022 | Diazepamum | Relsed, mikrowlewka doodbytnicza, roztwór, 4 mg/ml | 5 mikrowlewek a 2,5 ml | 05909990751617 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 181.1, Leki 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 |
| 1023 | Diclofenacum | Naclof, krople do oczu, roztwór, 1 mg/ml | 5 ml (but.) | 05909990145317 | 2022-01-01 | 3 lata | 210.0, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania do oczu - diklofenak | 6,95 | 7,51 | 8,05 | 11,21 | 10,70 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,71 |
| 1024 | Diclofenacum | 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 |
| 1025 | 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 |
| 1026 | Diclofenacum natricum | Diclac, roztwór do wstrzykiwań domięśniowych, 75 mg/3 ml | 10 amp.po 3 ml | 05909990753024 | 2022-01-01 | 3 lata | 141.3, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania pozajelitowego | 10,60 | 11,45 | 12,14 | 16,62 | 16,62 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 8,31 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 1027 | Diclofenacum natricum | Diclac, roztwór do wstrzykiwań domięśniowych, 75 mg/3 ml | 5 amp.po 3 ml | 05909990753017 | 2022-01-01 | 3 lata | 141.3, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania pozajelitowego | 5,30 | 5,72 | 6,26 | 8,80 | 8,80 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 4,40 |
| 1028 | Diclofenacum natricum | Dicloabak, krople do oczu, roztwór, 1 mg/ml | 10 ml (but.) | 05909990074044 | 2022-01-01 | 3 lata | 210.0, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania do oczu - diklofenak | 14,00 | 15,12 | 16,03 | 21,39 | 21,39 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 1029 | Diclofenacum natricum | DicloDuo, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 75 mg | 30 szt. | 05909990752010 | 2022-01-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 10,60 | 11,45 | 12,14 | 15,37 | 11,50 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 9,62 |
| 1030 | Diclofenacum natricum | Difadol 0,1%, krople do oczu, roztwór, 1 mg/ml | 5 ml | 05909991026516 | 2022-01-01 | 3 lata | 210.0, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania do oczu - diklofenak | 7,90 | 8,53 | 9,07 | 12,23 | 10,70 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 4,73 |
| 1031 | Diclofenacum natricum | Majamil prolongatum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg | 20 szt. | 05909990033614 | 2024-04-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 6,98 | 7,54 | 8,08 | 10,99 | 10,22 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 5,29 |
| 1032 | Diclofenacum natricum | Naklofen, roztwór do wstrzykiwań, 25 mg/ml | 5 amp.po 3 ml | 05909990241910 | 2022-01-01 | 3 lata | 141.3, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania pozajelitowego | 5,30 | 5,72 | 6,26 | 8,80 | 8,80 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 4,40 |
| 1033 | Diclofenacum natricum | Olfen 75 SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg | 30 szt. | 05909990974122 | 2022-01-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 10,60 | 11,45 | 12,14 | 15,37 | 11,50 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 9,62 |
| 1034 | Diclofenacum natricum + Lidocaini hydrochloridum | Olfen 75, roztwór do wstrzykiwań, (37,5+10) mg/ml | 5 amp.po 2 ml | 05909990161119 | 2022-01-01 | 3 lata | 141.3, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania pozajelitowego | 8,60 | 9,29 | 9,85 | 12,39 | 8,80 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 7,99 |
| 1035 | Dienogest | Diemono, tabl. powl., 2 mg | 28 szt. | 05909991405120 | 2023-01-01 | 3 lata | 66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest | 29,70 | 32,08 | 34,00 | 42,11 | 36,42 | Endometrioza | | ryczałt | 8,89 |
| 1036 | Dienogestum | Aridya, tabl. powl., 2 mg | 28 szt. | 05909991430702 | 2021-05-01 | 3 lata | 66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest | 26,50 | 28,62 | 30,34 | 38,45 | 36,42 | Endometrioza | | ryczałt | 5,23 |
| 1037 | Dienogestum | Diemono, tabl. powl., 2 mg | 28 szt. | 05909991473341 | 2023-01-01 | 3 lata | 66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest | 25,75 | 27,81 | 29,48 | 37,59 | 36,42 | Endometrioza | | ryczałt | 4,37 |
| 1038 | Dienogestum | Diemono, tabl. powl., 2 mg | 28 szt. | 05909991487270 | 2022-11-01 | 3 lata | 66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest | 25,80 | 27,86 | 29,54 | 37,65 | 36,42 | Endometrioza | | ryczałt | 4,43 |
| 1039 | Dienogestum | Endovelle, tabl., 2 mg | 28 szt. | 05909991398569 | 2023-03-01 | 3 lata | 66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest | 27,70 | 29,92 | 31,71 | 39,82 | 36,42 | Endometrioza | | ryczałt | 6,60 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych 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 | Endovelle, tabl., 2 mg | 84 szt. | 05909991398576 | 2023-03-01 | 3 lata | 66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest | 83,10 | 89,75 | 95,14 | 109,25 | 109,25 | Endometrioza | | ryczałt | 8,96 |
| 1041 | Dienogestum | Probella, tabl., 2 mg | 28 szt. | 05909991396978 | 2023-09-01 | 3 lata | 66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest | 29,69 | 32,07 | 33,99 | 42,10 | 36,42 | Endometrioza | | ryczałt | 8,88 |
| 1042 | Dienogestum | Symdieno, tabl. 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 |
| 1043 | Dienogestum | Visanne, tabl., 2 mg | 28 szt. | 05909990776962 | 2022-11-01 | 3 lata | 66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest | 47,40 | 51,19 | 54,26 | 62,37 | 36,42 | Endometrioza | | ryczałt | 29,15 |
| 1044 | Dienogestum | Zafrilla, tabl., 2 mg | 28 szt. | 05907594032552 | 2023-09-01 | 3 lata | 66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest | 25,90 | 27,97 | 29,65 | 37,76 | 36,42 | Endometrioza | | ryczałt | 4,54 |
| 1045 | Dihydrocodeini tartras | DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg | 60 szt. | 05909990217045 | 2022-01-01 | 3 lata | 150.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - dihydrokodeina | 31,20 | 33,70 | 35,72 | 44,43 | 44,43 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 13,33 |
| 1046 | Dihydrocodeini tartras | DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg | 60 szt. | 05909990217045 | 2022-01-01 | 3 lata | 150.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - dihydrokodeina | 31,20 | 33,70 | 35,72 | 44,43 | 44,43 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 1047 | Dihydrocodeini tartras | DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 90 mg | 60 szt. | 05909990217069 | 2022-01-01 | 3 lata | 150.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - dihydrokodeina | 47,68 | 51,49 | 54,58 | 65,29 | 65,29 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 19,59 |
| 1048 | Dihydrocodeini tartras | DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 90 mg | 60 szt. | 05909990217069 | 2022-01-01 | 3 lata | 150.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - dihydrokodeina | 47,68 | 51,49 | 54,58 | 65,29 | 65,29 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 1049 | Diltiazemi hydrochloridum | Dilzem 120 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 120 mg | 30 szt. | 05909990482917 | 2022-01-01 | 3 lata | 43.0, Antagoniści wapnia - pochodne benzotiazepiny - diltiazem | 7,40 | 7,99 | 8,53 | 11,87 | 11,87 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 1050 | Diltiazemi hydrochloridum | Dilzem 180 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 180 mg | 30 szt. | 05909990483310 | 2022-01-01 | 3 lata | 43.0, Antagoniści wapnia - pochodne benzotiazepiny - diltiazem | 10,99 | 11,87 | 12,58 | 17,13 | 17,13 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 1051 | Diltiazemi hydrochloridum | Dilzem retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 90 mg | 30 szt. | 05909990213214 | 2022-01-01 | 3 lata | 43.0, Antagoniści wapnia - pochodne benzotiazepiny - diltiazem | 6,50 | 7,02 | 7,56 | 10,15 | 8,90 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 4,45 |
| 1052 | Dinatrii pamidronas | Pamifos-30, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 30 mg | 2 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 |
| 1053 | 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 |
| 1054 | 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 |
| 1055 | Donepezil hydrochloride | Cogiton 10, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909991024413 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 31,50 | 34,02 | 36,06 | 43,87 | 37,57 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona | 30% | 17,57 |

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

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

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

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 1081 | Dorzolamidum | Nodom, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909990942855 | 2022-09-01 | 3 lata | 212.2, Leki 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 | 22,90 | 17,66 | Jaskra | | ryczałt | 8,44 |
| 1082 | Dorzolamidum | Nodom, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml | 3 butelki po 5 ml | 05900257101015 | 2022-07-01 | 3 lata | 212.2, Leki 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 | 54,86 | 52,98 | Jaskra | | ryczałt | 7,21 |
| 1083 | Dorzolamidum | Rozalin, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909990643929 | 2022-01-01 | 3 lata | 212.2, Leki 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 | 24,04 | 17,66 | Jaskra | | ryczałt | 9,58 |
| 1084 | Dorzolamidum | Rozalin, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml | 3 but.po 5 ml | 05906414000962 | 2022-03-01 | 3 lata | 212.2, Leki 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 | 56,31 | 52,98 | Jaskra | | ryczałt | 8,66 |
| 1085 | Dorzolamidum | Trusopt, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909990661329 | 2022-01-01 | 3 lata | 212.2, Leki 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 | 21,36 | 17,66 | Jaskra | | ryczałt | 6,90 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 1086 | Dorzolamidum | Vizidor, krople do oczu, 20 mg/ml | 1 butelka po 5 ml | 05909991310936 | 2022-07-01 | 3 lata | 212.2, Leki 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 | 19,67 | 17,66 | Jaskra | | ryczałt | 5,21 |
| 1087 | Dorzolamidum | Vizidor, krople do oczu, 20 mg/ml | 3 butelki po 5 ml | 05909991310943 | 2022-07-01 | 3 lata | 212.2, Leki 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 | 54,31 | 52,98 | Jaskra | | ryczałt | 6,66 |
| 1088 | Dorzolamidum + Timololum | Cosopt, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909990442423 | 2022-01-01 | 3 lata | 212.2, Leki 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 | 32,35 | 26,49 | Jaskra | | ryczałt | 9,06 |
| 1089 | Dorzolamidum + Timololum | Nodofree Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml | 1 but. po 5 ml | 05909991340674 | 2024-01-01 | 3 lata | 212.2, Leki 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 | 26,49 | 26,49 | Jaskra | | ryczałt | 3,20 |
| 1090 | Dorzolamidum + Timololum | Nodofree Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml | 3 but. po 5 ml | 05909991340681 | 2024-01-01 | 3 lata | 212.2, Leki 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 | 71,76 | 71,76 | Jaskra | | ryczałt | 8,00 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 1091 | Dorzolamidum + Timololum | Nodom Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909991067267 | 2022-03-01 | 3 lata | 212.2, Leki 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 | 30,41 | 26,49 | Jaskra | | ryczałt | 7,12 |
| 1092 | Dorzolamidum + Timololum | Nodom Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml | 3 but.po 5 ml | 05909991067274 | 2022-05-01 | 3 lata | 212.2, Leki 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 | 71,98 | 71,98 | Jaskra | | ryczałt | 8,00 |
| 1093 | 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 | 26,39 | 26,39 | Jaskra | | ryczałt | 3,20 |
| 1094 | Dorzolamidum + Timololum | Rozacom, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909990746705 | 2022-01-01 | 3 lata | 212.2, Leki 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 | 30,98 | 26,49 | Jaskra | | ryczałt | 7,69 |
| 1095 | Dorzolamidum + Timololum | Rozacom, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml | 3 but.po 5 ml | 05906414000955 | 2022-03-01 | 3 lata | 212.2, Leki 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 | 71,98 | 71,98 | 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 |
| 1096 | Dorzolamidum + Timololum | Vizidor Duo, krople do oczu, 20 + 5 mg/ml | 1 butelka po 5 ml | 05909991311049 | 2022-07-01 | 3 lata | 212.2, Leki 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 | 26,39 | 26,39 | Jaskra | | ryczałt | 3,20 |
| 1097 | Dorzolamidum + Timololum | Vizidor Duo, krople do oczu, 20 + 5 mg/ml | 3 butelki po 5 ml | 05909991311056 | 2022-07-01 | 3 lata | 212.2, Leki 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 | 71,46 | 71,46 | Jaskra | | ryczałt | 8,00 |
| 1098 | Doxazosini mesilas | Doxazosin Aurovitas, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909991305291 | 2022-03-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 4,57 | 4,94 | 5,48 | 8,33 | 8,33 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 3,20 |
| 1099 | Doxazosini mesilas | Doxazosin Aurovitas, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909991305291 | 2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory 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 |
| 1100 | Doxazosini mesilas | Doxazosin Aurovitas, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909991305420 | 2022-03-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 9,15 | 9,88 | 10,48 | 15,40 | 15,40 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 3,20 |
| 1101 | Doxazosini mesilas | Doxazosin Aurovitas, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909991305420 | 2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory 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 |
| 1102 | Doxazosinum | Adadox, tabletki, 2 mg | 30 szt. | 05909990901890 | 2022-07-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 5,20 | 5,62 | 6,16 | 9,01 | 9,01 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 3,20 |
| 1103 | Doxazosinum | Adadox, tabletki, 2 mg | 30 szt. | 05909990901890 | 2022-07-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 1104 | Doxazosinum | Adadox, tabletki, 4 mg | 30 szt. | 05909990902255 | 2022-07-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 10,40 | 11,23 | 11,90 | 16,82 | 16,82 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 3,20 |
| 1105 | Doxazosinum | Adadox, tabletki, 4 mg | 30 szt. | 05909990902255 | 2022-07-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 10,40 | 11,23 | 11,90 | 16,82 | 16,82 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia | 30% | 5,05 |
| 1106 | Doxazosinum | Adadox, tabletki, 4 mg | 90 szt. | 05909990902293 | 2022-07-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 31,20 | 33,70 | 35,72 | 45,36 | 45,36 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 9,60 |
| 1107 | Doxazosinum | Adadox, tabletki, 4 mg | 90 szt. | 05909990902293 | 2022-07-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 31,20 | 33,70 | 35,72 | 45,36 | 45,36 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia | 30% | 13,61 |
| 1108 | Doxazosinum | Apo-Doxan 1, tabl., 1 mg | 30 szt. | 05909990969517 | 2022-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 9,74 | 10,52 | 11,15 | 12,75 | 4,80 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 11,15 |
| 1109 | Doxazosinum | Apo-Doxan 1, tabl., 1 mg | 30 szt. | 05909990969517 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 9,74 | 10,52 | 11,15 | 12,75 | 4,80 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia | 30% | 9,39 |
| 1110 | Doxazosinum | Apo-Doxan 2, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909990969616 | 2022-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 13,00 | 14,04 | 14,88 | 17,73 | 9,61 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 11,32 |
| 1111 | Doxazosinum | Apo-Doxan 2, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909990969616 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 13,00 | 14,04 | 14,88 | 17,73 | 9,61 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia | 30% | 11,00 |
| 1112 | Doxazosinum | Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909990969715 | 2022-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 19,20 | 20,74 | 21,98 | 26,90 | 19,21 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 10,89 |

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

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 1122 | Doxazosinum | Doxanorm, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909990854417 | 2022-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 13,62 | 14,71 | 15,60 | 18,45 | 9,61 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 12,04 |
| 1123 | Doxazosinum | Doxanorm, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909990854417 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 13,62 | 14,71 | 15,60 | 18,45 | 9,61 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia | 30% | 11,72 |
| 1124 | Doxazosinum | Doxanorm, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909990854516 | 2022-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 17,20 | 18,58 | 19,69 | 24,61 | 19,21 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 8,60 |
| 1125 | Doxazosinum | Doxanorm, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909990854516 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 17,20 | 18,58 | 19,69 | 24,61 | 19,21 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia | 30% | 11,16 |
| 1126 | Doxazosinum | Doxar, tabl., 1 mg | 30 szt. | 05909990484911 | 2024-04-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 9,99 | 10,79 | 11,44 | 13,04 | 4,80 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 10,30 |
| 1127 | Doxazosinum | Doxar, tabl., 1 mg | 30 szt. | 05909990484911 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 9,99 | 10,79 | 11,44 | 13,04 | 4,80 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia | 30% | 8,71 |
| 1128 | Doxazosinum | Doxar, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909990485017 | 2024-04-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 14,02 | 15,14 | 16,05 | 18,90 | 9,61 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 11,24 |
| 1129 | Doxazosinum | Doxar, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909990485017 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 14,02 | 15,14 | 16,05 | 18,90 | 9,61 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia | 30% | 10,95 |
| 1130 | Doxazosinum | Doxar, tabl., 4 mg | 120 szt. | 05908289660289 | 2024-04-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 53,00 | 57,24 | 60,67 | 71,74 | 71,74 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 11,52 |

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

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 1140 | Doxazosinum | Doxonex, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909991149611 | 2022-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 12,89 | 13,92 | 14,75 | 17,60 | 9,61 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 11,19 |
| 1141 | Doxazosinum | Doxonex, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909991149611 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 12,89 | 13,92 | 14,75 | 17,60 | 9,61 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia | 30% | 10,87 |
| 1142 | Doxazosinum | Doxonex, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909991149710 | 2022-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 19,40 | 20,95 | 22,20 | 27,12 | 19,21 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 11,11 |
| 1143 | Doxazosinum | Doxonex, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909991149710 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 19,40 | 20,95 | 22,20 | 27,12 | 19,21 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia | 30% | 13,67 |
| 1144 | Doxazosinum | Dozox, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05901720140005 | 2022-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 16,63 | 17,96 | 19,04 | 23,96 | 19,21 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 7,95 |
| 1145 | Doxazosinum | Dozox, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05901720140005 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 16,63 | 17,96 | 19,04 | 23,96 | 19,21 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia | 30% | 10,51 |
| 1146 | Doxazosinum | Dozox, tabl., 4 mg | 90 szt. | 05901720140012 | 2022-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 49,90 | 53,89 | 57,12 | 66,76 | 57,63 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 18,73 |
| 1147 | Doxazosinum | Dozox, tabl., 4 mg | 90 szt. | 05901720140012 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 49,90 | 53,89 | 57,12 | 66,76 | 57,63 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia | 30% | 26,42 |
| 1148 | Doxazosinum | Kamiren, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909990491315 | 2022-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 12,75 | 13,77 | 14,60 | 17,45 | 9,61 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 11,04 |

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

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

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 1166 | Dulaglutidum | Trulicity, roztwór do wstrzykiwań, 0.75 mg | 2 wstrzykiwacze po 0,5 ml | 05909991219130 | 2022-09-01 | 2 lata | 252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1 | 156,50 | 169,02 | 179,16 | 197,04 | 197,04 | Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c ≥ 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% | 59,11 |
| 1167 | Dulaglutidum | Trulicity, roztwór do wstrzykiwań, 1.5 mg | 2 wstrzykiwacze po 0,5 ml | 05909991219161 | 2022-09-01 | 2 lata | 252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1 | 156,50 | 169,02 | 179,16 | 197,04 | 197,04 | Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c ≥ 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% | 59,11 |
| 1168 | Dulaglutidum | Trulicity, roztwór do wstrzykiwań, 3 mg | 2 wstrzykiwacze po 0,5 ml | 08594012697638 | 2022-09-01 | 2 lata | 252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1 | 156,50 | 169,02 | 179,16 | 197,04 | 197,04 | Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c ≥ 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% | 59,11 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 1169 | Dulaglutidum | Trulicity, roztwór do wstrzykiwań, 4.5 mg | 2 wstrzykiwacze po 0,5 ml | 08594012697645 | 2022-09-01 | 2 lata | 252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1 | 156,50 | 169,02 | 179,16 | 197,04 | 197,04 | Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c ≥ 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% | 59,11 |
| 1170 | Duloxetinum | AuroDulox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg | 28 szt. | 05909991432980 | 2022-07-01 | 2 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 9,38 | 10,13 | 10,74 | 15,10 | 14,56 | Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10) | | 30% | 4,91 |
| 1171 | Duloxetinum | AuroDulox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg | 28 szt. | 05909991432997 | 2022-07-01 | 2 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 18,76 | 20,26 | 21,48 | 28,44 | 28,44 | Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10) | | 30% | 8,53 |
| 1172 | Duloxetinum | Depratal, tabl. dojelitowe, 30 mg | 28 szt. | 05909991324551 | 2024-01-01 | 3 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 14,71 | 15,89 | 16,84 | 21,20 | 14,56 | Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10) | | 30% | 11,01 |
| 1173 | Duloxetinum | Depratal, tabl. dojelitowe, 30 mg | 56 szt. | 05906414003185 | 2024-01-01 | 3 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 29,45 | 31,81 | 33,72 | 40,68 | 29,12 | Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10) | | 30% | 20,30 |
| 1174 | Duloxetinum | Depratal, tabl. dojelitowe, 60 mg | 28 szt. | 05909991324537 | 2024-01-01 | 3 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 29,45 | 31,81 | 33,72 | 40,68 | 29,12 | Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10) | | 30% | 20,30 |
| 1175 | Duloxetinum | Depratal, tabl. dojelitowe, 60 mg | 56 szt. | 05906414003192 | 2024-01-01 | 3 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 58,94 | 63,66 | 67,48 | 77,64 | 58,24 | Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10) | | 30% | 36,87 |
| 1176 | Duloxetinum | Dulofor, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg | 28 szt. | 05909991419776 | 2022-11-01 | 2 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 9,85 | 10,64 | 11,28 | 15,64 | 14,56 | Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10) | | 30% | 5,45 |
| 1177 | Duloxetinum | Dulofor, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg | 28 szt. | 05909991419813 | 2022-11-01 | 2 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 19,70 | 21,28 | 22,55 | 29,51 | 29,12 | Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10) | | 30% | 9,13 |
| 1178 | Duloxetinum | Duloxetine +pharma, kaps. dojelitowe, twarde, 30 mg | 30 szt. | 05901720140296 | 2023-05-01 | 3 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 10,05 | 10,85 | 11,50 | 16,07 | 15,60 | Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10) | | 30% | 5,15 |
| 1179 | Duloxetinum | Duloxetine +pharma, kaps. dojelitowe, twarde, 60 mg | 30 szt. | 05901720140210 | 2023-05-01 | 3 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 20,10 | 21,71 | 23,01 | 30,22 | 30,22 | Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10) | | 30% | 9,07 |
| 1180 | Duloxetinum | Duloxetine Mylan, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg | 28 szt. | 05901797710644 | 2022-09-01 | 2 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 10,15 | 10,96 | 11,62 | 15,98 | 14,56 | Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10) | | 30% | 5,79 |
| 1181 | Duloxetinum | Duloxetine Mylan, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg | 28 szt. | 05901797710668 | 2022-09-01 | 2 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 20,30 | 21,92 | 23,24 | 30,20 | 29,12 | Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10) | | 30% | 9,82 |

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

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 1199 | Duloxetinum | Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg | 28 szt. | 05909991249540 | 2024-04-01 | 3 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 10,55 | 11,39 | 12,07 | 16,43 | 14,56 | Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10) | | 30% | 6,24 |
| 1200 | Duloxetinum | Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg | 56 szt. | 05909991249618 | 2022-09-01 | 2 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 21,28 | 22,98 | 24,36 | 31,32 | 29,12 | Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10) | | 30% | 10,94 |
| 1201 | Duloxetinum | Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg | 28 szt. | 05909991249885 | 2024-04-01 | 3 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 21,10 | 22,79 | 24,16 | 31,12 | 29,12 | Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10) | | 30% | 10,74 |
| 1202 | Duloxetinum | Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg | 56 szt. | 05909991249946 | 2022-09-01 | 2 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 42,56 | 45,96 | 48,72 | 58,88 | 58,24 | Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10) | | 30% | 18,11 |
| 1203 | Dutasteridum | Adadut, kaps. miękkie, 0.5 mg | 30 szt. | 05909991328696 | 2022-09-01 | 3 lata | 77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy | 20,48 | 22,12 | 23,45 | 30,20 | 26,72 | Leczenie umiarkowanych do ciężkich objawów łagodnego rozrostu gruczołu krokowego | | 30% | 11,50 |
| 1204 | Dutasteridum | Dutazyr, kaps. miękkie, 0.5 mg | 30 szt. | 05909991456351 | 2022-11-01 | 3 lata | 77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy | 16,70 | 18,04 | 19,12 | 25,87 | 25,87 | Leczenie umiarkowanych do ciężkich objawów łagodnego rozrostu gruczołu krokowego | | 30% | 7,76 |
| 1205 | Dutasteridum | Findarts, kaps. miękkie, 0.5 mg | 30 szt. | 05909991460495 | 2023-01-01 | 3 lata | 77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy | 15,09 | 16,30 | 17,28 | 24,03 | 24,03 | Leczenie umiarkowanych do ciężkich objawów łagodnego rozrostu gruczołu krokowego | | 30% | 7,21 |
| 1206 | Dutasteridum | Findarts, kaps. miękkie, 0.5 mg | 90 szt. | 05909991460501 | 2023-01-01 | 3 lata | 77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy | 45,27 | 48,89 | 51,83 | 63,98 | 63,98 | Leczenie umiarkowanych do ciężkich objawów łagodnego rozrostu gruczołu krokowego | | 30% | 19,19 |
| 1207 | Dutasteridum + Tamsulosini hydrochloridum | Findarts Duo, kaps. twarde, 0,5+0,4 mg | 30 szt. | 05909991438715 | 2023-07-01 | 2 lata | 76.1, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokery receptora alfa-adrenergicznego w skojarzeniu z inhibitorami 5-alfa reduktazy | 21,00 | 22,68 | 24,04 | 31,00 | 28,23 | Leczenie umiarkowanych do ciężkich objawów łagodnego rozrostu gruczołu krokowego | | 30% | 11,24 |
| 1208 | Dutasteridum + Tamsulosini hydrochloridum | Findarts Duo, kaps. twarde, 0,5+0,4 mg | 90 szt. | 05909991438746 | 2023-07-01 | 2 lata | 76.1, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokery receptora alfa-adrenergicznego w skojarzeniu z inhibitorami 5-alfa reduktazy | 63,00 | 68,04 | 72,12 | 84,68 | 84,68 | Leczenie umiarkowanych do ciężkich objawów łagodnego rozrostu gruczołu krokowego | | 30% | 25,40 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 1209 | Empagliflozinum | Jardiance, tabl. 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 | 172,95 | 172,95 | <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% | 51,89 |
| 1210 | 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 | 7,04 | 5,58 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | niewydolność serca inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 4,19 |
| 1211 | 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 | 13,04 | 11,17 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | niewydolność serca inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 7,44 |
| 1212 | 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 | 12,49 | 11,17 | 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 | 6,95 |
| 1213 | 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 | 22,53 | 22,34 | 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 | 11,69 |

| 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** |
| 1214 | 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 | 4,53 | 2,79 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | niewydolność serca inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 4,08 |
| 1215 | 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 | 8,17 | 5,58 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | niewydolność serca inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 5,21 |
| 1216 | Enoxaparinum 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 i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 254,44 | 274,80 | 291,29 | 308,08 | 171,80 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>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 | 141,61 |

| 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** |
| 1217 | 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 i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 48,93 | 52,84 | 56,02 | 63,83 | 34,36 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany 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 | 32,67 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych 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 | Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml | 10 amp.-strz.po 0,4 ml | 05909990048427 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2023-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 96,46 | 104,18 | 110,43 | 121,73 | 68,72 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany 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 | 56,21 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych 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 | Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml | 10 amp.-strz.po 0,6 ml | 05909990774821 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2023-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 133,33 | 144,00 | 152,64 | 166,45 | 103,08 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany 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 | 66,57 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 1220 | Enoxaparinum natricum | Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml | 10 amp.-strz.po 0,8 ml | 05909990775026 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2023-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 171,66 | 185,39 | 196,52 | 211,82 | 137,44 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany 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 | 78,65 |

| 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** |
| 1221 | 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 i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 280,89 | 303,36 | 321,56 | 339,42 | 206,16 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany 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 | 139,66 |

| 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** |
| 1222 | 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 i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 333,28 | 359,94 | 381,54 | 400,63 | 257,70 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany 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 | 150,93 |

| 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** |
| 1223 | 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 i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 161,99 | 174,95 | 185,45 | 202,24 | 171,80 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany 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 | 35,77 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 1224 | Enoxaparinum 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 i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 30,40 | 32,83 | 34,80 | 42,61 | 34,36 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany 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 | 11,45 |

| 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** |
| 1225 | 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 i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 66,52 | 71,84 | 76,15 | 87,45 | 68,72 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany 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 | 21,93 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 1226 | Enoxaparinum 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 i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 98,04 | 105,88 | 112,23 | 126,04 | 103,08 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany 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 | 26,16 |

| 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** |
| 1227 | 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 i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 130,23 | 140,65 | 149,08 | 164,38 | 137,44 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany 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 | 31,21 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 1228 | Enoxaparinum 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 i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 189,00 | 204,12 | 216,37 | 234,23 | 206,16 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany 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 | 34,47 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 1229 | Enoxaparinum 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 i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 236,25 | 255,15 | 270,46 | 289,55 | 257,70 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany 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 | 39,85 |
| 1230 | Enzyma pancreatis | Kreon 25 000, kaps. dojel., 25000 J.Ph.Eur.Lipazy | 50 szt. | 05909990042579 | 2022-01-01 | 3 lata | 13.0, Enzymy trzustkowe | 53,25 | 57,51 | 60,97 | 71,42 | 62,99 | Mukowiscydoza; Stan po resekcji trzustki | | bezpłatny do limitu | 8,43 |
| 1231 | Ergotamini tartras | Ergotaminum Filofarm, tabl. drażowane, 1 mg | 20 szt. | 05909990211517 | 2022-01-01 | 3 lata | 154.0, Leki przeciwmigrenowe - ergotamina | 3,54 | 3,82 | 4,36 | 6,24 | 6,24 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 3,12 |
| 1232 | 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 |
| 1233 | 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** |
| 1234 | 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 |
| 1235 | 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 |
| 1236 | 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 |
| 1237 | 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 |
| 1238 | 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 |
| 1239 | 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 |
| 1240 | 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 |
| 1241 | 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 |
| 1242 | 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 |
| 1243 | Esomeprazolum | Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg | 56 szt. | 05909990876327 | 2021-09-01 | 3 lata | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 11,31 | 12,21 | 12,95 | 17,54 | 16,58 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 9,25 |
| 1244 | 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 |
| 1245 | 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 |
| 1246 | Esomeprazolum | Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg | 56 szt. | 05909990876808 | 2021-09-01 | 3 lata | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 22,61 | 24,42 | 25,89 | 33,13 | 33,13 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 16,57 |
| 1247 | 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 |
| 1248 | 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 |
| 1249 | 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 |
| 1250 | 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 |
| 1251 | 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 |
| 1252 | 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 |
| 1253 | Estradiolum | Divigel 0,1%, żel, 1 mg/g | 28 szasz. a 1g | 05909990447718 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami | 31,00 | 33,48 | 35,49 | 41,25 | 23,39 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | F64.0 (wg ICD-10) | 30% | 24,88 |
| 1254 | Estradiolum | Divigel 0,1%, żel, 1 mg/g | 28 szt. | 05909991441678 | 2021-07-01 - dla kolumny 14, 2021-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami | 22,50 | 24,30 | 25,76 | 31,52 | 23,39 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | F64.0 (wg ICD-10) | 30% | 15,15 |
| 1255 | Estradiolum | Estrofem, tabl. 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 |
| 1256 | 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 |
| 1257 | Estradiolum | Oestrogel, żel, 0,75 mg/1,25 g | 80 g | 05909991456559 | 2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami | 33,00 | 35,64 | 37,78 | 45,66 | 40,10 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | F64.0 (wg ICD-10) | 30% | 17,59 |
| 1258 | Estradiolum | 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 |
| 1259 | 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 |
| 1260 | Estradiolum + Dydrogesteronum | Femoston conti, tabl. powl., 1+5 mg | 28 szt. | 05909990973316 | 2022-01-01 | 3 lata | 68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami | 19,40 | 20,95 | 22,20 | 26,53 | 16,23 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 15,17 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 1261 | Estradiolum + Norethisteroni 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 |
| 1262 | 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 |
| 1263 | 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 |
| 1264 | 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 |
| 1265 | Ethambutoli hydrochloridum | Ethambutol Teva, kaps., 250 mg | 250 szt. | 05909990227310 | 2023-03-01 | 3 lata | 240.0, Leki przeciwprątkowe - inne - etambutol | 85,00 | 91,80 | 97,31 | 111,53 | 111,53 | Gruźlica, w tym również gruźlica lekooporna i inne mykobakteriozy | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 1266 | Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum | Levomine, tabl. powl., 0,03+0,15 mg | 21 szt. | 05909990879458 | 2021-09-01 | 3 lata | 72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron | 5,15 | 5,56 | 6,10 | 8,45 | 7,60 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,13 |
| 1267 | Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum | Levomine, tabl. 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 |
| 1268 | 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 |
| 1269 | 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 |
| 1270 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych 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 | 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 |
| 1272 | Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum | Stediril 30, tabl. drażowane, 0,03+0,15 mg | 21 szt. | 05909990072514 | 2022-01-01 | 3 lata | 72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron | 5,20 | 5,62 | 6,16 | 8,51 | 7,60 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,19 |
| 1273 | Ethosuximidum | Petinimid, kaps., 250 mg | 100 szt. | 05909990244911 | 2022-01-01 | 3 lata | 157.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - etosuksymid | 45,50 | 49,14 | 52,09 | 62,65 | 62,65 | Padaczka | | ryczałt | 3,20 |
| 1274 | Everolimusum | Certican tabletki, tabl., 0.25 mg | 60 szt. | 05909990211654 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 135.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - ewerolimus | 362,19 | 391,17 | 414,63 | 439,40 | 439,40 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek | ryczałt | 3,20 |
| 1275 | Everolimusum | Certican tabletki, tabl., 0.5 mg | 60 szt. | 05909990211357 | 2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 135.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - ewerolimus | 751,00 | 811,08 | 859,74 | 894,68 | 894,68 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek | ryczałt | 3,20 |
| 1276 | Everolimusum | Certican tabletki, tabl., 0.75 mg | 60 szt. | 05909990211845 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 135.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - ewerolimus | 1132,10 | 1222,67 | 1296,03 | 1339,57 | 1339,57 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek | ryczałt | 3,20 |
| 1277 | Exemestanum | Glandex, tabl. 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 |
| 1278 | Exemestanum | Symex, tabl. drażowane, 25 mg | 30 szt. | 05909991335489 | 2021-09-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15 | 132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy | 58,00 | 62,64 | 66,40 | 76,42 | 56,72 | Nowotwory złośliwe; Rak piersi w II rzucie hormonoterapii | hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL | bezpłatny do limitu | 19,70 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 1279 | Ezetimibum | Esetin, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991388669 | 2022-05-01 | 3 lata | 48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego | 17,00 | 18,36 | 19,46 | 23,39 | 14,23 | Leczenie uzupełniające w trakcie leczenia statyną lub 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 |
| 1280 | Ezetimibum | Etibax, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991402303 | 2023-03-01 | 3 lata | 48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego | 8,35 | 9,02 | 9,56 | 13,27 | 13,27 | Leczenie uzupełniające w trakcie leczenia statyną lub 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 |
| 1281 | Ezetimibum | Etibax, tabl., 10 mg | 90 szt. | 05909991402310 | 2023-03-01 | 3 lata | 48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego | 26,84 | 28,99 | 30,73 | 38,72 | 38,72 | Leczenie uzupełniające w trakcie leczenia statyną lub 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 1282 | Ezetimibum | Ezehron, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991347161 | 2024-04-01 | 3 lata | 48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego | 14,42 | 15,57 | 16,51 | 20,22 | 13,28 | Leczenie uzupełniające w trakcie leczenia statyną lub 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 |
| 1283 | Ezetimibum | Ezen, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991096229 | 2021-07-01 | 3 lata | 48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego | 14,40 | 15,55 | 16,48 | 20,19 | 13,28 | Leczenie uzupełniające w trakcie leczenia statyną lub 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% | 10,89 |
| 1284 | Ezetimibum | Ezetimibe Genoptim, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991414450 | 2021-05-01 | 3 lata | 48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego | 8,34 | 9,01 | 9,55 | 13,26 | 13,26 | Leczenie uzupełniające w trakcie leczenia statyną lub 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 1285 | Ezetimibum | Ezoleta, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991311407 | 2021-07-01 | 3 lata | 48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego | 9,00 | 9,72 | 10,30 | 14,23 | 14,23 | Leczenie uzupełniające w trakcie leczenia statyną lub 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 |
| 1286 | Ezetimibum | Ezolip, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991304416 | 2021-09-01 | 3 lata | 48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego | 20,40 | 22,03 | 23,35 | 27,28 | 14,23 | Leczenie uzupełniające w trakcie leczenia statyną lub 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% | 17,32 |
| 1287 | Ezetimibum | Lipegis, tabletki, 10 mg | 30 szt. | 05909990996902 | 2022-07-01 | 3 lata | 48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego | 16,95 | 18,31 | 19,41 | 23,34 | 14,23 | Leczenie uzupełniające w trakcie leczenia statyną lub 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 1288 | Ezetimibum + Atorvastatinum | Mizetam, tabl., 10+10 mg | 30 szt. | 05909991421601 | 2024-04-01 | 2 lata | 48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego | 18,90 | 20,41 | 21,63 | 25,56 | 14,23 | Leczenie wspomagające do stosowania wraz z dietą u pacjentów dorosłych z pierwotną hipercholesterolemią (heterozygotyczną i homozygotyczną rodzinną i nierodzinną) lub mieszaną hiperlipidemią już kontrolowaną za pomocą atorwastatyny i ezetymibu, które są podawane w takich samych dawkach; Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym, tj. jako leczenie substytucyjne u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca i ostrym zespołem wieńcowym w wywiadzie, u których uzyskano kontrolę choroby stosując jednocześnie pojedyncze substancje czynne w osobnych produktach leczniczych, ale w takich samych dawkach, jak w produkcie złożonym. | | 30% | 14,04 |
| 1289 | Ezetimibum + Atorvastatinum | Mizetam, tabl., 10+20 mg | 30 szt. | 05909991421564 | 2024-04-01 | 2 lata | 48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego | 18,90 | 20,41 | 21,63 | 25,56 | 14,23 | Leczenie wspomagające do stosowania wraz z dietą u pacjentów dorosłych z pierwotną hipercholesterolemią (heterozygotyczną i homozygotyczną rodzinną i nierodzinną) lub mieszaną hiperlipidemią już kontrolowaną za pomocą atorwastatyny i ezetymibu, które są podawane w takich samych dawkach; Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym, tj. jako leczenie substytucyjne u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca i ostrym zespołem wieńcowym w wywiadzie, u których uzyskano kontrolę choroby stosując jednocześnie pojedyncze substancje czynne w osobnych produktach leczniczych, ale w takich samych dawkach, jak w produkcie złożonym. | | 30% | 14,04 |
| 1290 | Ezetimibum + Atorvastatinum | Mizetam, tabl., 10+40 mg | 30 szt. | 05909991421526 | 2024-04-01 | 2 lata | 48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego | 18,90 | 20,41 | 21,63 | 25,56 | 14,23 | Leczenie wspomagające do stosowania wraz z dietą u pacjentów dorosłych z pierwotną hipercholesterolemią (heterozygotyczną i homozygotyczną rodzinną i nierodzinną) lub mieszaną hiperlipidemią już kontrolowaną za pomocą atorwastatyny i ezetymibu, które są podawane w takich samych dawkach; Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym, tj. jako leczenie substytucyjne u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca i ostrym zespołem wieńcowym w wywiadzie, u których uzyskano kontrolę choroby stosując jednocześnie pojedyncze substancje czynne w osobnych produktach leczniczych, ale w takich samych dawkach, jak w produkcie złożonym. | | 30% | 14,04 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 1291 | Ezetimibum + Atorvastatinum | Tulip Combo, tabl. 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 |
| 1292 | 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 |
| 1293 | 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 |
| 1294 | 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 |
| 1295 | 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 |
| 1296 | 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 | 51,11 | 30,31 | 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% | 35,96 |
| 1297 | 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 | 51,11 | 30,31 | 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% | 29,89 |

| 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** |
| 1298 | 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 | 46,68 | 20,20 | 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% | 32,54 |
| 1299 | 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 | 52,25 | 30,31 | <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% | 37,10 |
| 1300 | 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 | 52,25 | 30,31 | <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% | 31,03 |
| 1301 | 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 | 35,40 | 20,20 | 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% | 21,26 |
| 1302 | 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 | 49,94 | 30,31 | 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% | 34,79 |
| 1303 | 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 | 49,94 | 30,31 | 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% | 28,72 |

| 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** |
| 1304 | 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 | 33,86 | 20,20 | 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% | 19,72 |
| 1305 | Febuxostatum | Febuxostat Krka, tabl. powl., 120 mg | 28 szt. | 03838989705145 | 2021-07-01 | 3 lata | 145.0, Leki stosowane w leczeniu dny | 39,86 | 43,05 | 45,63 | 52,22 | 30,31 | Zapobieganie i leczenie przewlekłej 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% | 37,07 |
| 1306 | Febuxostatum | Febuxostat Krka, tabl. powl., 120 mg | 28 szt. | 03838989705145 | 2021-07-01 | 3 lata | 145.0, Leki stosowane w leczeniu dny | 39,86 | 43,05 | 45,63 | 52,22 | 30,31 | Leczenie przewlekłej 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% | 31,00 |
| 1307 | Febuxostatum | Febuxostat Krka, tabl. powl., 80 mg | 28 szt. | 03838989705152 | 2021-07-01 | 3 lata | 145.0, Leki stosowane w leczeniu dny | 26,57 | 28,70 | 30,41 | 35,36 | 20,20 | Leczenie przewlekłej 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% | 21,22 |
| 1308 | Felodipinum | Plendil, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 28 szt. | 05909990344918 | 2022-01-01 | 3 lata | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 13,44 | 14,52 | 15,39 | 19,72 | 16,17 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 8,40 |
| 1309 | Felodipinum | Plendil, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg | 28 szt. | 05909990344819 | 2022-01-01 | 3 lata | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 10,00 | 10,80 | 11,45 | 13,89 | 8,09 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 8,23 |
| 1310 | Fenofibrate | Biofibrat, kaps. twarde, 200 mg | 30 szt. | 05909990754496 | 2022-03-01 | 3 lata | 47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty | 14,15 | 15,28 | 16,20 | 21,15 | 19,00 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 7,85 |
| 1311 | Fenofibratum | Biofibrat, kaps. twarde, 267 mg | 30 szt. | 05909990754526 | 2022-05-01 | 3 lata | 47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty | 18,89 | 20,40 | 21,62 | 27,77 | 25,36 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 10,02 |
| 1312 | Fenofibratum | Fenardin, kaps. twarde, 160 mg | 30 szt. | 05909990713974 | 2023-01-01 | 3 lata | 47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty | 14,40 | 15,55 | 16,48 | 21,43 | 19,00 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 8,13 |
| 1313 | Fenofibratum | Fenardin, kaps. twarde, 267 mg | 30 szt. | 05909990611065 | 2022-01-01 | 3 lata | 47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty | 19,05 | 20,57 | 21,81 | 27,96 | 25,36 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 10,21 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 1314 | Fenofibratum | Grofibrat, kaps., 100 mg | 50 szt. | 05909990109814 | 2024-04-01 | 3 lata | 47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty | 10,47 | 11,31 | 11,99 | 16,34 | 15,83 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 4,73 |
| 1315 | Fenofibratum | Grofibrat 200, kaps., 200 mg | 30 szt. | 05909990492114 | 2024-04-01 | 3 lata | 47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty | 12,87 | 13,90 | 14,73 | 19,68 | 19,00 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,74 |
| 1316 | Fenofibratum | Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg | 30 szt. | 05907594032309 | 2024-04-01 | 3 lata | 47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty | 17,16 | 18,53 | 19,65 | 26,60 | 26,60 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 7,18 |
| 1317 | Fenofibratum | Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg | 60 szt. | 05907594032408 | 2024-04-01 | 3 lata | 47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty | 34,32 | 37,07 | 39,29 | 49,44 | 49,44 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 13,35 |
| 1318 | Fenofibratum | Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg | 90 szt. | 05907594032507 | 2024-04-01 | 3 lata | 47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty | 51,48 | 55,60 | 58,94 | 71,49 | 71,49 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 19,31 |
| 1319 | Fenofibratum | Grofibrat S, tabl. 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 |
| 1320 | 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 |
| 1321 | 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 |
| 1322 | 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 |
| 1323 | 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 |
| 1324 | 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 |
| 1325 | Fenofibratum | Lipanthyl 200M, kaps., 200 mg | 30 szt. | 05909990687947 | 2022-01-01 | 3 lata | 47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty | 16,50 | 17,82 | 18,89 | 23,84 | 19,00 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 10,54 |
| 1326 | Fenofibratum | Lipanthyl 267M, kaps., 267 mg | 30 szt. | 05909990492817 | 2022-01-01 | 3 lata | 47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty | 22,59 | 24,40 | 25,87 | 32,02 | 25,36 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 14,27 |
| 1327 | Fenofibratum | Lipanthyl Supra 160, tabl. 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 |
| 1328 | 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 |
| 1329 | Fenoteroli hydrobromidum | Berotec N 100, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100 µg/dawkę | 1 poj.po 10 ml (200 daw.) | 05909990376414 | 2022-01-01 | 3 lata | 197.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o krótkim działaniu | 17,98 | 19,42 | 20,58 | 24,46 | 14,15 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 13,87 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 1330 | Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum | Berodual, roztwór do nebulizacji, 0,5+0,25 mg/ml | 20 ml | 05909990101917 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 201.1, Wziewne leki antycholinergiczne o krótkim działaniu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o krótkim działaniu | 23,90 | 25,81 | 27,36 | 30,33 | 10,02 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo - płucna; dyskineza rzęsek | ryczałt | 23,51 |
| 1331 | Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum | Berodual N, aerozol inhalacyjny, roztwór, 50+21 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 200 dawek | 05909990917815 | 2022-03-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 201.1, Wziewne leki antycholinergiczne o krótkim działaniu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o krótkim działaniu | 25,15 | 27,16 | 28,79 | 33,88 | 20,04 | Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli | mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo - płucna; dyskineza rzęsek | 30% | 19,85 |
| 1332 | Fentanylum | AuroFena, tabl. podpoliczkowe, 100 µg | 28 szt. | 05909991455965 | 2022-07-01 | 3 lata | 152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego | 400,00 | 432,00 | 457,92 | 485,73 | 485,73 | Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków | | ryczałt | 3,20 |
| 1333 | Fentanylum | AuroFena, tabl. podpoliczkowe, 200 µg | 28 szt. | 05909991455989 | 2022-07-01 | 3 lata | 152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego | 400,00 | 432,00 | 457,92 | 485,73 | 485,73 | Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków | | ryczałt | 3,20 |
| 1334 | Fentanylum | AuroFena, tabl. podpoliczkowe, 400 µg | 28 szt. | 05909991456009 | 2022-07-01 | 3 lata | 152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego | 400,00 | 432,00 | 457,92 | 485,73 | 485,73 | Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków | | ryczałt | 3,20 |
| 1335 | Fentanylum | Durogesic, system transdermalny, 100 µg/h | 5 szt. | 05909990765713 | 2022-01-01 | 3 lata | 152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego | 75,00 | 81,00 | 85,86 | 101,88 | 101,88 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 1336 | Fentanylum | Durogesic, system transdermalny, 25 µg/h | 5 szt. | 05909990765416 | 2022-01-01 | 3 lata | 152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego | 28,35 | 30,62 | 32,45 | 40,80 | 39,24 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 4,76 |
| 1337 | 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 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 3,20 |
| 1338 | 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 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 3,20 |
| 1339 | Fentanylum | Effentora, tabl. podpoliczkowe, 100 µg | 28 szt. | 05909990643011 | 2021-09-01 | 3 lata | 152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego | 472,00 | 509,76 | 540,35 | 568,16 | 568,16 | Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków | | ryczałt | 3,20 |
| 1340 | Fentanylum | Effentora, tabl. podpoliczkowe, 200 µg | 28 szt. | 05909990643035 | 2022-01-01 | 3 lata | 152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego | 472,00 | 509,76 | 540,35 | 568,16 | 568,16 | Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków | | ryczałt | 3,20 |
| 1341 | Fentanylum | Effentora, tabl. podpoliczkowe, 400 µg | 28 szt. | 05909990643059 | 2022-01-01 | 3 lata | 152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego | 472,00 | 509,76 | 540,35 | 568,16 | 568,16 | Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków | | ryczałt | 3,20 |
| 1342 | 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 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | 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** |
| 1343 | 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 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 3,20 |
| 1344 | Fentanylum | Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 25 µg/h | 10 szt. | 05909991204822 | 2021-11-01 | 3 lata | 152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego | 51,90 | 56,05 | 59,41 | 71,43 | 71,43 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 3,20 |
| 1345 | Fentanylum | Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 50 µg/h | 10 szt. | 05909991204839 | 2021-11-01 | 3 lata | 152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego | 101,50 | 109,62 | 116,20 | 132,22 | 132,22 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 3,20 |
| 1346 | Fentanylum | Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 50 µg/h | 5 szt. | 05909990000050 | 2022-01-01 | 3 lata | 152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego | 50,00 | 54,00 | 57,24 | 69,26 | 69,26 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 3,20 |
| 1347 | Fentanylum | Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 75 µg/h | 10 szt. | 05909991204846 | 2021-11-01 | 3 lata | 152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego | 151,00 | 163,08 | 172,86 | 191,31 | 191,31 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 4,80 |
| 1348 | Fentanylum | Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 75 µg/h | 5 szt. | 05909990000081 | 2022-01-01 | 3 lata | 152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego | 74,05 | 79,97 | 84,77 | 99,12 | 99,12 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 3,20 |
| 1349 | Fentanylum | Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę | 1 but.po 5,3 ml (40 daw.) | 05909991308193 | 2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania donosowego | 645,00 | 696,60 | 738,40 | 770,92 | 770,92 | Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków | ból przebijający u dzieci z chorobą nowotworową, które w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawane są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków | ryczałt | 3,20 |
| 1350 | Fentanylum | Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 200 µg/dawkę | 1 but.po 5,3 ml (40 daw.) | 05909991308209 | 2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania donosowego | 645,00 | 696,60 | 738,40 | 770,92 | 770,92 | Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków | ból przebijający u dzieci z chorobą nowotworową, które w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawane są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 1351 | Fentanylum | Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 50 µg/dawkę | 1 but.po 3,2 ml (20 daw.) | 05909991308131 | 2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania donosowego | 322,50 | 348,30 | 369,20 | 392,30 | 392,30 | Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków | ból przebijający u dzieci z chorobą nowotworową, które w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawane są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków | ryczałt | 3,20 |
| 1352 | Fentanylum | Matrifen 100 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 100 µg/h | 5 szt. | 05909990043330 | 2022-01-01 | 3 lata | 152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego | 105,00 | 113,40 | 120,20 | 136,22 | 136,22 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 3,20 |
| 1353 | Fentanylum | Matrifen 12 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 12 µg/h | 5 szt. | 05909990043163 | 2022-01-01 | 3 lata | 152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego | 12,60 | 13,61 | 14,43 | 19,78 | 18,84 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 4,14 |
| 1354 | Fentanylum | Matrifen 25 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 25 µg/h | 5 szt. | 05909990043279 | 2022-01-01 | 3 lata | 152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego | 26,25 | 28,35 | 30,06 | 38,41 | 38,41 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 3,20 |
| 1355 | Fentanylum | Matrifen 50 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 50 µg/h | 5 szt. | 05909990043385 | 2022-01-01 | 3 lata | 152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego | 52,50 | 56,70 | 60,10 | 72,12 | 72,12 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 3,20 |
| 1356 | Fentanylum | Matrifen 75 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 75 µg/h | 5 szt. | 05909990043224 | 2022-01-01 | 3 lata | 152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego | 78,75 | 85,05 | 90,16 | 104,51 | 104,51 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 3,20 |
| 1357 | Fentanylum | PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę | 1,55 ml (1 butelka) | 05909990955503 | 2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania donosowego | 129,00 | 139,32 | 147,68 | 164,41 | 164,41 | Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków | ból przebijający u dzieci z chorobą nowotworową, które w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawane są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 1358 | Fentanylum | PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę | 4 but. po 1,55 ml | 05909990955527 | 2021-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania donosowego | 520,00 | 561,60 | 595,30 | 624,49 | 624,49 | Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków | ból przebijający u dzieci z chorobą nowotworową, które w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawane są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków | ryczałt | 3,20 |
| 1359 | Fentanylum | PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 400 µg/dawkę | 1,55 ml (1 butelka) | 05909990955541 | 2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania donosowego | 129,00 | 139,32 | 147,68 | 164,41 | 164,41 | Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków | ból przebijający u dzieci z chorobą nowotworową, które w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawane są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków | ryczałt | 3,20 |
| 1360 | Fentanylum | PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 400 µg/dawkę | 4 but. po 1,55 ml | 05909990955558 | 2021-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania donosowego | 520,00 | 561,60 | 595,30 | 624,49 | 624,49 | Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków | ból przebijający u dzieci z chorobą nowotworową, które w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawane są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków | ryczałt | 3,20 |
| 1361 | 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 | 460,08 | 460,08 | Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków | | ryczałt | 3,20 |
| 1362 | Fentanylum | Submena, tabl. podjęzykowe, 200 µg | 30 szt. | 09008732014402 | 2024-04-01 | 3 lata | 152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego | 376,67 | 406,80 | 431,21 | 460,08 | 460,08 | Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych 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** |
| 1363 | 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 | 460,08 | 460,08 | Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków | | ryczałt | 3,20 |
| 1364 | Fentanylum | Submena, tabl. podjęzykowe, 800 µg | 30 szt. | 09008732014426 | 2024-04-01 | 3 lata | 152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego | 376,67 | 406,80 | 431,21 | 460,08 | 460,08 | Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków | | ryczałt | 3,20 |
| 1365 | Fentanylum | Vellofent, tabl. podjęzykowe, 133 µg | 30 szt. | 05909991074647 | 2021-07-01 | 3 lata | 152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego | 507,00 | 547,56 | 580,41 | 609,28 | 608,74 | Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków | | ryczałt | 3,74 |
| 1366 | Fentanylum | Vellofent, tabl. podjęzykowe, 267 µg | 30 szt. | 05909991074685 | 2021-07-01 | 3 lata | 152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego | 507,00 | 547,56 | 580,41 | 609,28 | 608,74 | Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków | | ryczałt | 3,74 |
| 1367 | Fentanylum | Vellofent, tabl. podjęzykowe, 400 µg | 30 szt. | 05909991074739 | 2021-07-01 | 3 lata | 152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego | 507,00 | 547,56 | 580,41 | 609,28 | 608,74 | Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków | | ryczałt | 3,74 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 1368 | Fentanylum | Vellofent, tabl. podjęzykowe, 533 µg | 30 szt. | 05909991074777 | 2021-07-01 | 3 lata | 152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego | 507,00 | 547,56 | 580,41 | 609,28 | 608,74 | Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków | | ryczałt | 3,74 |
| 1369 | Fentanylum | Vellofent, tabl. podjęzykowe, 67 µg | 30 szt. | 05909991074593 | 2021-07-01 | 3 lata | 152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego | 507,00 | 547,56 | 580,41 | 609,28 | 608,74 | Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków | | ryczałt | 3,74 |
| 1370 | Fentanylum | Vellofent, tabl. podjęzykowe, 800 µg | 30 szt. | 05909991074821 | 2021-07-01 | 3 lata | 152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego | 507,00 | 547,56 | 580,41 | 609,28 | 608,74 | Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków | | ryczałt | 3,74 |
| 1371 | Filgrastimum | Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml | 1 amp.-strz. | 05055565713846 | 2023-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów | 52,60 | 56,81 | 60,22 | 68,15 | 32,97 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | gorączka neutropeniczna (zakażenie w przebiegu neutropenii) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; anemia aplastyczna; neutropenia wrodzona - w przypadkach innych niż określone w ChPL; neutropenia nabyta - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 38,38 |
| 1372 | Filgrastimum | Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml | 5 amp.-strz. | 05055565713860 | 2023-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów | 133,91 | 144,62 | 153,30 | 170,28 | 164,87 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | gorączka neutropeniczna (zakażenie w przebiegu neutropenii) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; anemia aplastyczna; neutropenia wrodzona - w przypadkach innych niż określone w ChPL; neutropenia nabyta - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 8,61 |
| 1373 | Filgrastimum | Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml | 7 amp.-strz. | 05055565726068 | 2021-05-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów | 192,35 | 207,74 | 220,20 | 239,02 | 230,82 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | gorączka neutropeniczna (zakażenie w przebiegu neutropenii) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; anemia aplastyczna; neutropenia wrodzona - w przypadkach innych niż określone w ChPL; neutropenia nabyta - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 11,40 |
| 1374 | Filgrastimum | Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml | 1 amp.-strz. | 05055565713853 | 2023-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów | 88,60 | 95,69 | 101,43 | 111,66 | 52,76 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | gorączka neutropeniczna (zakażenie w przebiegu neutropenii) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; anemia aplastyczna; neutropenia wrodzona - w przypadkach innych niż określone w ChPL; neutropenia nabyta - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 62,10 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 1375 | Filgrastimum | Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml | 5 amp.-strz. | 05055565713877 | 2023-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów | 223,10 | 240,95 | 255,41 | 275,07 | 263,79 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | gorączka neutropeniczna (zakażenie w przebiegu neutropenii) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; anemia aplastyczna; neutropenia wrodzona - w przypadkach innych niż określone w ChPL; neutropenia nabyta - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 14,48 |
| 1376 | Filgrastimum | Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml | 7 amp.-strz. | 05055565726075 | 2021-05-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów | 317,92 | 343,35 | 363,96 | 386,31 | 369,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | gorączka neutropeniczna (zakażenie w przebiegu neutropenii) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; anemia aplastyczna; neutropenia wrodzona - w przypadkach innych niż określone w ChPL; neutropenia nabyta - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 20,20 |
| 1377 | Filgrastimum | Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml | 5 amp.-strz.po 0,5 ml | 05909990687787 | 2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów | 134,69 | 145,47 | 154,19 | 171,17 | 164,87 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | gorączka neutropeniczna (zakażenie w przebiegu neutropenii) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; anemia aplastyczna; neutropenia wrodzona - w przypadkach innych niż określone w ChPL; neutropenia nabyta - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 9,50 |
| 1378 | Filgrastimum | Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml | 5 amp.-strz.po 0,5 ml | 05909990687848 | 2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów | 213,25 | 230,31 | 244,13 | 263,79 | 263,79 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | gorączka neutropeniczna (zakażenie w przebiegu neutropenii) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; anemia aplastyczna; neutropenia wrodzona - w przypadkach innych niż określone w ChPL; neutropenia nabyta - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 3,20 |
| 1379 | Finasteridum | Adaster, tabl. 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 |
| 1380 | 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 |
| 1381 | 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 |
| 1382 | 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 |
| 1383 | 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 |
| 1384 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 1385 | Finasteridum | Apo-Fina, tabl. powl., 5 mg | 90 szt. | 05909990938797 | 2021-09-01 | 3 lata | 77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy | 59,97 | 64,77 | 68,66 | 80,81 | 80,15 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 10,26 |
| 1386 | 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 |
| 1387 | 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 |
| 1388 | 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 |
| 1389 | 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 |
| 1390 | 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 |
| 1391 | 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 |
| 1392 | 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 |
| 1393 | Finasteridum | Finasteridum Bluefish, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909991096571 | 2021-09-01 | 3 lata | 77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy | 13,50 | 14,58 | 15,45 | 22,20 | 22,20 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 3,20 |
| 1394 | Finasteridum | Finasteridum Bluefish, tabl. powl., 5 mg | 90 szt. | 05909991096601 | 2021-09-01 | 3 lata | 77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy | 40,49 | 43,73 | 46,35 | 58,50 | 58,50 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 9,60 |
| 1395 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 1396 | Finasteridum | Finxta, tabl. 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 |
| 1397 | 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 |
| 1398 | 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 |
| 1399 | 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 |
| 1400 | 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 |
| 1401 | 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 |
| 1402 | 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 |
| 1403 | 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 |
| 1404 | 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 |
| 1405 | 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 |
| 1406 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 1407 | Fluconazolum | Candifluc/Fluconazolum Aflofarm, syrop, 5 mg/ml | 1 but. 150 ml | 05909991257804 | 2021-07-01 | 3 lata | 110.2, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - płynne postacie farmaceutyczne | 18,00 | 19,44 | 20,61 | 27,74 | 27,74 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 13,87 |
| 1408 | Fluconazolum | Flucofast, kaps. twarde, 100 mg | 28 szt. | 05909990662388 | 2024-04-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 72,79 | 78,61 | 83,33 | 95,32 | 83,06 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 48,41 |
| 1409 | Fluconazolum | Flucofast, kaps. twarde, 100 mg | 7 szt. | 05909990662371 | 2024-04-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 18,19 | 19,65 | 20,82 | 26,32 | 20,77 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 14,35 |
| 1410 | Fluconazolum | Flucofast, kaps., 150 mg | 1 szt. | 05909990490615 | 2024-04-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 3,89 | 4,20 | 4,74 | 6,34 | 4,45 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 3,71 |
| 1411 | Fluconazolum | Flucofast, kaps. twarde, 150 mg | 3 szt. | 05907529466339 | 2024-04-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 8,02 | 8,66 | 9,20 | 13,22 | 13,22 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 5,95 |
| 1412 | Fluconazolum | Flucofast, kaps. twarde, 200 mg | 7 szt. | 05909991283247 | 2024-04-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 30,00 | 32,40 | 34,34 | 42,67 | 41,53 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 19,72 |
| 1413 | Fluconazolum | Flucofast, kaps., 50 mg | 14 szt. | 05909990490523 | 2024-04-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 18,19 | 19,65 | 20,82 | 26,32 | 20,77 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 14,35 |
| 1414 | Fluconazolum | Flucofast, kaps., 50 mg | 7 szt. | 05909990490516 | 2024-04-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 9,07 | 9,80 | 10,38 | 13,64 | 10,38 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 7,61 |
| 1415 | Fluconazolum | Fluconazin, syrop, 5 mg/ml | 1 but.po 150 ml | 05909991097219 | 2022-01-01 | 3 lata | 110.2, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - płynne postacie farmaceutyczne | 22,00 | 23,76 | 25,19 | 32,32 | 32,32 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 16,16 |
| 1416 | Fluconazolum | Fluconazole Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg | 28 szt. | 05909991462932 | 2022-11-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 47,00 | 50,76 | 53,81 | 65,80 | 65,80 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 32,90 |
| 1417 | Fluconazolum | Fluconazole Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg | 7 szt. | 05909991462871 | 2022-11-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 11,75 | 12,69 | 13,46 | 18,96 | 18,96 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 9,48 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 1418 | 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 | 35,23 | 35,23 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 17,62 |
| 1419 | 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 | 75,04 | 75,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 37,52 |
| 1420 | 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 | 21,65 | 20,77 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 11,27 |
| 1421 | 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 | 21,65 | 20,77 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 11,27 |
| 1422 | 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 | 11,41 | 10,38 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 6,22 |
| 1423 | 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 |
| 1424 | Fluconazolum | Fluconazole Polfarmex, tabl., 100 mg | 28 szt. | 05909990780181 | 2021-05-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 62,44 | 67,44 | 71,49 | 83,48 | 83,06 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 41,95 |
| 1425 | Fluconazolum | Fluconazole Polfarmex, tabl., 100 mg | 7 szt. | 05909990859719 | 2021-05-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 15,70 | 16,96 | 17,97 | 23,47 | 20,77 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 13,09 |
| 1426 | Fluconazolum | Fluconazole Polfarmex, tabl., 150 mg | 1 szt. | 05909990017874 | 2021-05-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 3,33 | 3,60 | 4,14 | 5,74 | 4,45 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 3,52 |
| 1427 | Fluconazolum | Fluconazole Polfarmex, tabl., 150 mg | 3 szt. | 05909990017881 | 2021-05-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 10,00 | 10,80 | 11,45 | 15,47 | 13,35 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 8,80 |
| 1428 | Fluconazolum | Fluconazole Polfarmex, tabl., 200 mg | 14 szt. | 05909991022556 | 2024-04-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 61,20 | 66,10 | 70,06 | 82,05 | 82,05 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 41,03 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 1429 | Fluconazolum | Fluconazole Polfarmex, tabl., 200 mg | 7 szt. | 05909991022549 | 2024-04-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 30,61 | 33,06 | 35,05 | 43,38 | 41,53 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 22,62 |
| 1430 | Fluconazolum | Fluconazole Polfarmex, syrop, 5 mg/ml | 150 ml (but.) | 05909990859511 | 2021-05-01 | 3 lata | 110.2, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - płynne postacie farmaceutyczne | 22,00 | 23,76 | 25,19 | 32,32 | 32,32 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 16,16 |
| 1431 | Fluconazolum | Fluconazole Polfarmex, tabl., 50 mg | 14 szt. | 05909990859610 | 2021-05-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 15,62 | 16,87 | 17,88 | 23,38 | 20,77 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 13,00 |
| 1432 | Fluconazolum | Fluconazole Polfarmex, tabl., 50 mg | 7 szt. | 05909990859672 | 2021-05-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 7,81 | 8,43 | 8,97 | 12,23 | 10,38 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 7,04 |
| 1433 | Fluconazolum | 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 | 19,01 | 19,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 9,51 |
| 1434 | 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 | 35,35 | 35,35 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 17,68 |
| 1435 | 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 | 19,08 | 19,08 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 9,54 |
| 1436 | Fluconazolum | Flumycon, kaps. twarde, 100 mg | 28 szt. | 05909990869756 | 2022-01-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 58,24 | 62,90 | 66,67 | 78,66 | 78,66 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 39,33 |
| 1437 | Fluconazolum | Flumycon, kaps. twarde, 100 mg | 7 szt. | 05909990869732 | 2022-01-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 14,56 | 15,72 | 16,66 | 22,16 | 20,77 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 11,78 |
| 1438 | Fluconazolum | Flumycon, kaps. twarde, 150 mg | 1 szt. | 05909990869763 | 2022-03-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 3,07 | 3,32 | 3,86 | 5,46 | 4,45 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 3,24 |
| 1439 | Fluconazolum | Flumycon, kaps. twarde, 150 mg | 7 szt. | 05909991365745 | 2022-09-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 19,60 | 21,17 | 22,44 | 29,53 | 29,53 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 14,77 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 1440 | Fluconazolum | Flumycon, kaps. twarde, 200 mg | 7 szt. | 05909990869770 | 2022-01-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 29,12 | 31,45 | 33,34 | 41,67 | 41,53 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 20,91 |
| 1441 | Fluconazolum | Flumycon, kaps. twarde, 50 mg | 14 szt. | 05909990869695 | 2022-01-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 14,56 | 15,72 | 16,66 | 22,16 | 20,77 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 11,78 |
| 1442 | Fluconazolum | Flumycon, kaps. twarde, 50 mg | 7 szt. | 05909990869688 | 2022-01-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 7,28 | 7,86 | 8,40 | 11,66 | 10,38 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 6,47 |
| 1443 | Fluconazolum | Fluxazol, kaps. twarde, 100 mg | 7 szt. | 05909991388270 | 2023-09-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 13,83 | 14,94 | 15,83 | 21,33 | 20,77 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 10,95 |
| 1444 | Fluconazolum | Fluxazol, kaps. twarde, 150 mg | 1 szt. | 05909991388287 | 2023-09-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 3,20 | 3,46 | 4,00 | 5,60 | 4,45 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 3,38 |
| 1445 | Fluconazolum | Fluxazol, kaps. twarde, 200 mg | 7 szt. | 05909991388294 | 2023-09-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 27,65 | 29,86 | 31,65 | 39,98 | 39,98 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 19,99 |
| 1446 | Fluconazolum | Fluxazol, kaps. twarde, 50 mg | 7 szt. | 05909991388263 | 2023-09-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 7,00 | 7,56 | 8,10 | 11,36 | 10,38 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 6,17 |
| 1447 | Fluconazolum | Mycosyst, kaps., 100 mg | 28 szt. | 05909990980611 | 2022-01-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 62,70 | 67,72 | 71,78 | 83,77 | 83,06 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 42,24 |
| 1448 | Fluconazolum | Mycosyst, kaps., 100 mg | 7 szt. | 05909990642533 | 2022-01-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 13,80 | 14,90 | 15,80 | 21,30 | 20,77 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 10,92 |
| 1449 | Fluconazolum | Mycosyst, kaps., 200 mg | 7 szt. | 05909991118914 | 2022-01-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 29,00 | 31,32 | 33,20 | 41,53 | 41,53 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 20,77 |
| 1450 | Fluconazolum | Mycosyst, kaps., 50 mg | 7 szt. | 05909990980512 | 2022-01-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 6,55 | 7,07 | 7,61 | 10,87 | 10,38 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 5,68 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 1451 | Fludrocortisonum | Cortineff, tabl., 100 µg | 20 szt. | 05904374007885 | 2024-04-01 | 3 lata | 80.0, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - mineralokortykoidy - fludrokortyzon | 9,65 | 10,42 | 11,05 | 15,16 | 15,16 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 2,88 |
| 1452 | Fluoxetinum | Andepin, kaps. twarde, 20 mg | 30 szt. | 05909991065515 | 2022-01-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny | 13,60 | 14,69 | 15,57 | 19,62 | 14,11 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 9,74 |
| 1453 | Fluoxetinum | Bioxetin, tabl., 20 mg | 30 szt. | 05909990372317 | 2022-01-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny | 14,17 | 15,30 | 16,22 | 20,27 | 14,11 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 10,39 |
| 1454 | Fluoxetinum | Fluoksetyna EGIS, kaps. twarde, 20 mg | 28 szt. | 05909990776955 | 2022-01-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny | 10,70 | 11,56 | 12,25 | 16,12 | 13,17 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 6,90 |
| 1455 | Fluoxetinum | Fluoxetin Polpharma, kaps. twarde, 20 mg | 30 szt. | 05909990770311 | 2024-04-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny | 13,99 | 15,11 | 16,02 | 20,07 | 14,11 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 9,17 |
| 1456 | Fluoxetinum | Fluoxetine Aurovitas, kaps. twarde, 20 mg | 30 tabl. | 05909991317621 | 2022-11-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny | 9,58 | 10,35 | 10,96 | 15,01 | 14,11 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 5,13 |
| 1457 | Fluoxetinum | Fluxemed, kaps. twarde, 20 mg | 30 szt. | 05909990742509 | 2022-05-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny | 9,45 | 10,21 | 10,82 | 14,87 | 14,11 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 4,99 |
| 1458 | 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 |
| 1459 | 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 |
| 1460 | Flupentixolum | Fluanxol, tabl. powl., 0.5 mg | 50 szt. | 05909991074258 | 2021-05-01 | 3 lata | 179.1, Leki przeciwpsychotyczne - flupentyksol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 14,00 | 15,12 | 16,03 | 18,18 | 6,48 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | ryczałt | 14,90 |
| 1461 | Flupentixolum | Fluanxol, tabl. powl., 3 mg | 50 szt. | 05909991074296 | 2021-05-01 | 3 lata | 179.1, Leki przeciwpsychotyczne - flupentyksol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 27,00 | 29,16 | 30,91 | 38,90 | 38,90 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | ryczałt | 3,20 |
| 1462 | Flupentixolum | Fluanxol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml | 1 amp.po 1 ml | 05909990127214 | 2022-01-01 | 3 lata | 179.2, Leki przeciwpsychotyczne - flupentyksol do podawania pozajelitowego | 10,90 | 11,77 | 12,47 | 16,94 | 16,94 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 1463 | Flutamidum | Apo-Flutam, tabl. 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 |
| 1464 | 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 |
| 1465 | Flutamidum | Flutamid Egis, tabl., 250 mg | 100 szt. | 05909990139217 | 2022-01-01 | 3 lata | 131.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antyandrogeny o budowie niesteroidowej | 50,00 | 54,00 | 57,24 | 68,69 | 68,69 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 1466 | Fluticasoni furoas + Umeclidinium + Vilanterolum | Trelegy Ellipta, proszek do inhalacji, podzielony, 92+55+22 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator 30 dawek | 05909991350635 | 2022-05-01 | 2 lata | 199.4, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami i lekami antycholinergicznymi | 190,00 | 205,20 | 217,51 | 235,72 | 205,27 | Leczenie podtrzymujące u pacjentów dorosłych z umiarkowaną lub ciężką przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POChP), u których nie uzyskuje się odpowiedniego efektu leczenia podczas jednoczesnego stosowania kortykosteroidu wziewnego i długo działającego agonisty receptorów beta 2 lub jednoczesnego stosowania długo działającego agonisty receptorów beta 2 i długo działającego antagonisty receptorów muskarynowych | | 30% | 92,03 |
| 1467 | Fluticasoni propionas | Fanipos, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę | 2 poj. po 120 daw. | 05908289660371 | 2021-05-01 | 3 lata | 196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa | 22,00 | 23,76 | 25,19 | 31,22 | 25,73 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 18,36 |
| 1468 | Fluticasoni propionas | Fanipos, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę donosową | 1 poj. po 120 daw. | 05909990570720 | 2022-01-01 | 3 lata | 196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa | 11,00 | 11,88 | 12,59 | 16,22 | 12,87 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 9,79 |
| 1469 | Fluticasoni propionas | Flixonase, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę | poj. 10 ml (120 dawek) | 05909990933839 | 2022-05-01 | 3 lata | 196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa | 11,05 | 11,93 | 12,65 | 16,28 | 12,87 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 9,85 |
| 1470 | Fluticasoni propionas | Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg | 120 daw. | 05909990851423 | 2022-01-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 49,50 | 53,46 | 56,67 | 64,10 | 30,50 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 36,80 |
| 1471 | Fluticasoni propionas | Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg | 60 daw. | 05909990851416 | 2022-01-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 25,00 | 27,00 | 28,62 | 33,37 | 15,25 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 21,32 |
| 1472 | Fluticasoni propionas | Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg | 120 daw. | 05909990851522 | 2022-01-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 78,96 | 85,28 | 90,40 | 101,19 | 61,00 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 45,52 |
| 1473 | Fluticasoni propionas | Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg | 60 daw. | 05909990851515 | 2022-01-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 49,00 | 52,92 | 56,10 | 63,53 | 30,50 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 36,23 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 1474 | Fluticasoni propionas | Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50 µg/dawkę inhalacyjną | 120 daw. | 05909990851317 | 2022-01-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 22,32 | 24,11 | 25,55 | 29,62 | 12,20 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 20,62 |
| 1475 | Fluticasoni propionas | Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną | 60 daw. | 05909990484621 | 2022-01-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 22,77 | 24,59 | 26,07 | 30,14 | 12,20 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 21,14 |
| 1476 | Fluticasoni propionas | Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 250 µg/dawkę inhalacyjną | 60 daw. | 05909990484720 | 2022-01-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 46,06 | 49,74 | 52,73 | 60,16 | 30,50 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 32,86 |
| 1477 | Fluticasoni propionas | Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną | 60 daw. | 05909990484522 | 2022-01-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 15,28 | 16,50 | 17,50 | 19,75 | 6,10 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 16,85 |
| 1478 | Fluticasoni propionas | Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 500 µg/dawkę inhalacyjną | 60 daw. | 05909990484829 | 2022-01-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 82,50 | 89,10 | 94,45 | 105,24 | 61,00 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 49,57 |
| 1479 | Fluticasoni propionas | Flurhinal, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg/dawkę inh. | 120 daw. | 05909991401771 | 2021-11-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 24,00 | 25,92 | 27,48 | 34,91 | 30,50 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 7,61 |
| 1480 | Fluticasoni propionas | Flurhinal, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg/dawkę inh. | 120 daw. | 05909991401788 | 2021-11-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 48,00 | 51,84 | 54,95 | 65,74 | 61,00 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 10,07 |
| 1481 | Fluticasoni propionas | Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg | 120 szt. | 05909990938001 | 2023-03-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 56,55 | 61,07 | 64,74 | 75,53 | 61,00 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 19,86 |
| 1482 | Fluticasoni propionas | Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg/dawkę inhalacyjną | 60 szt. | 05909990785858 | 2022-01-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 30,79 | 33,25 | 35,25 | 42,68 | 30,50 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 15,38 |
| 1483 | Fluticasoni propionas | Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg | 120 szt. | 05909990938025 | 2023-03-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 113,10 | 122,15 | 129,48 | 144,27 | 121,99 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 32,95 |
| 1484 | Fluticasoni propionas | Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg/dawkę inhalacyjną | 60 szt. | 05909990785889 | 2022-01-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 56,85 | 61,40 | 65,08 | 75,87 | 61,00 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 20,20 |
| 1485 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator 60 dawek | 05909991447915 | 2021-09-01 | 3 lata | 199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach | 63,75 | 68,85 | 72,99 | 85,30 | 78,32 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 10,18 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 1486 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator 60 dawek | 05909991442064 | 2021-07-01 | 3 lata | 199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach | 65,60 | 70,85 | 75,10 | 87,41 | 78,32 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 12,29 |
| 1487 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, 250+50 µg | 1 inh.po 60 daw. | 05909991274931 | 2022-11-01 | 3 lata | 199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach | 66,00 | 71,28 | 75,56 | 87,87 | 78,32 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 12,75 |
| 1488 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, 500+50 µg | 1 inh.po 60 daw. | 05909991274955 | 2022-11-01 | 3 lata | 199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach | 79,50 | 85,86 | 91,01 | 104,54 | 93,99 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 13,75 |
| 1489 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator 60 dawek | 05909991034870 | 2023-11-01 | 3 lata | 199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach | 52,90 | 57,13 | 60,56 | 71,96 | 71,94 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,22 |
| 1490 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 3 inh.po 60 dawek | 05909991448523 | 2022-07-01 | 3 lata | 199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach | 158,40 | 171,07 | 181,33 | 199,27 | 199,27 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,20 |
| 1491 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator 60 dawek | 05909991034887 | 2023-11-01 | 3 lata | 199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach | 68,00 | 73,44 | 77,85 | 90,16 | 78,32 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 15,04 |
| 1492 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 3 inh.po 60 dawek | 05909991448530 | 2022-07-01 | 3 lata | 199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach | 191,25 | 206,55 | 218,95 | 237,65 | 234,97 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 10,68 |
| 1493 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator 60 dawek | 05909991034894 | 2023-11-01 | 3 lata | 199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach | 81,50 | 88,02 | 93,30 | 106,83 | 93,99 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 16,04 |
| 1494 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 3 inh.po 60 dawek | 05909991448547 | 2022-07-01 | 3 lata | 199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach | 237,00 | 255,96 | 271,32 | 291,16 | 281,96 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 18,80 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 1495 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 100+50 µg/dawkę | 1 inhalator 60 dawek | 05909991447557 | 2023-03-01 | 3 lata | 199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach | 52,79 | 57,01 | 60,44 | 71,84 | 71,84 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,20 |
| 1496 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę | 1 inhalator 60 dawek | 05909991447595 | 2023-03-01 | 3 lata | 199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach | 63,74 | 68,84 | 72,96 | 85,27 | 78,32 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 10,15 |
| 1497 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę | 1 inhalator 60 dawek | 05909991447632 | 2023-03-01 | 3 lata | 199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach | 78,98 | 85,30 | 90,42 | 103,95 | 93,99 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 13,16 |
| 1498 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | 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 |
| 1499 | 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 |
| 1500 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj. 120 dawek | 05900411004763 | 2021-05-01 | 3 lata | 199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach | 65,98 | 71,26 | 75,54 | 87,85 | 78,32 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 12,73 |
| 1501 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Duexon, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę odmierzoną | 1 poj. 120 dawek | 05900411004770 | 2021-05-01 | 3 lata | 199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach | 79,48 | 85,84 | 90,99 | 104,52 | 93,99 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 13,73 |
| 1502 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę odmierzoną | 1 poj. 120 dawek | 05900411004787 | 2021-05-01 | 3 lata | 199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach | 52,88 | 57,11 | 60,53 | 71,93 | 71,93 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,20 |
| 1503 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 100+50 µg/dawkę | 1 inhalator 60 dawek | 05900411004732 | 2021-09-01 | 3 lata | 199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach | 52,80 | 57,02 | 60,45 | 71,85 | 71,85 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 1504 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę | 1 inhalator 60 dawek | 05900411004749 | 2021-09-01 | 3 lata | 199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach | 65,60 | 70,85 | 75,10 | 87,41 | 78,32 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 12,29 |
| 1505 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę | 1 inhalator 60 dawek | 05900411004756 | 2021-09-01 | 3 lata | 199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach | 79,00 | 85,32 | 90,44 | 103,97 | 93,99 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 13,18 |
| 1506 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh.po 120 daw. | 05909991403959 | 2024-04-01 | 3 lata | 199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach | 65,99 | 71,27 | 75,55 | 87,86 | 78,32 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 12,74 |
| 1507 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh.po 120 daw. | 05909991403966 | 2024-04-01 | 3 lata | 199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach | 79,49 | 85,85 | 91,00 | 104,53 | 93,99 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 13,74 |
| 1508 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh.po 120 daw. | 05909991403898 | 2024-04-01 | 3 lata | 199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach | 52,89 | 57,12 | 60,54 | 71,94 | 71,94 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,20 |
| 1509 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | 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 |
| 1510 | 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 |
| 1511 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Salmex, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator (60 dawek) | 05909991034900 | 2024-04-01 | 3 lata | 199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach | 53,75 | 58,05 | 61,54 | 72,94 | 71,94 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,78 |
| 1512 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Salmex, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator (60 dawek) | 05909991034924 | 2024-04-01 | 3 lata | 199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach | 70,20 | 75,82 | 80,36 | 92,67 | 78,32 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 15,80 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 1513 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Salmex, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator (60 dawek) | 05909991034931 | 2024-04-01 | 3 lata | 199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach | 86,00 | 92,88 | 98,45 | 111,98 | 93,99 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 19,07 |
| 1514 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Seretide 125, aerozol wziewny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 120 daw. | 05909990907014 | 2022-01-01 | 3 lata | 199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach | 75,00 | 81,00 | 85,86 | 98,17 | 78,32 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 23,05 |
| 1515 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Seretide 250, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 120 daw. | 05909990907113 | 2022-01-01 | 3 lata | 199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach | 99,00 | 106,92 | 113,34 | 126,87 | 93,99 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 36,08 |
| 1516 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Seretide 50, aerozol wziewny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 120 daw. | 05909990906918 | 2022-01-01 | 3 lata | 199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach | 59,98 | 64,78 | 68,67 | 80,07 | 71,94 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 11,33 |
| 1517 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Seretide Dysk 100, proszek do inhalacji, 100+50 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 60 daw. | 05909990832422 | 2022-01-01 | 3 lata | 199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach | 57,46 | 62,06 | 65,78 | 77,18 | 71,94 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 8,44 |
| 1518 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Seretide Dysk 250, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 60 daw. | 05909990832521 | 2022-01-01 | 3 lata | 199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach | 66,00 | 71,28 | 75,56 | 87,87 | 78,32 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 12,75 |
| 1519 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Seretide Dysk 500, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 60 daw. | 05909990832620 | 2022-01-01 | 3 lata | 199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach | 80,50 | 86,94 | 92,16 | 105,69 | 93,99 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 14,90 |
| 1520 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Symflusal, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną | 1 blister 60 dawek + inhalator Elpenhaler | 05909991078980 | 2022-01-01 | 3 lata | 199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach | 65,50 | 70,74 | 74,98 | 87,29 | 78,32 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 12,17 |
| 1521 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Symflusal, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną | 1 blister 60 dawek + inhalator Elpenhaler | 05909991079055 | 2022-01-01 | 3 lata | 199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach | 79,50 | 85,86 | 91,01 | 104,54 | 93,99 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 13,75 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 1522 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Veriflo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj. 120 dawek | 05909991477585 | 2023-09-01 | 3 lata | 199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach | 61,75 | 66,69 | 70,70 | 83,01 | 78,32 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 7,89 |
| 1523 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Veriflo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj. 120 dawek | 05909991477592 | 2023-09-01 | 3 lata | 199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach | 75,50 | 81,54 | 86,43 | 99,96 | 93,99 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 9,17 |
| 1524 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Veriflo, proszek do inhalacji, podzielony, 50+25 µg/dawkę | 1 poj. 120 dawek | 05909991477578 | 2023-11-01 | 3 lata | 199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach | 47,59 | 51,40 | 54,49 | 65,89 | 65,89 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,20 |
| 1525 | Fluvoxaminum | Fevarin, tabl. 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 |
| 1526 | 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 |
| 1527 | 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 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli | | ryczałt | 77,78 |
| 1528 | Folitropinum delta | 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 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli | | ryczałt | 380,76 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 1529 | Follitropinum alfa | Bemfola, roztwór do wstrzykiwań, 150 j.m./0,25 ml | 1 wstrzykiwacz po 0,25 ml | 05997001308486 | 2024-04-01 | 3 lata | 69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny | 127,85 | 138,08 | 146,36 | 163,07 | 153,01 | Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli | | ryczałt | 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** |
| 1530 | Follitropinum alfa | Bemfola, roztwór do wstrzykiwań, 225 j.m./0,375 ml | 1 wstrzykiwacz po 0,375 ml | 05997001308493 | 2024-04-01 | 3 lata | 69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny | 191,79 | 207,13 | 219,56 | 238,58 | 229,50 | Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli | | ryczałt | 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** |
| 1531 | Follitropinum alfa | Bemfola, roztwór do wstrzykiwań, 300 j.m./0,5 ml | 1 wstrzykiwacz po 0,5 ml | 05997001308509 | 2024-04-01 | 3 lata | 69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny | 255,72 | 276,18 | 292,74 | 313,78 | 305,99 | Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli | | ryczałt | 10,99 |

| 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** |
| 1532 | Follitropinum alfa | Gonal-f, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie do wstrzykiwacza półautomatycznego , 300 j.m. (IU)/0,5 ml (22 µg/0,5 ml) | 1 wstrzykiwacz | 05909990007257 | 2021-07-01 | 3 lata | 69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny | 298,00 | 321,84 | 341,15 | 362,19 | 305,99 | Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli | | ryczałt | 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** |
| 1533 | Follitropinum alfa | Gonal-f, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 75 j.m. (IU) (5,5 µg) | 1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. | 05909990697304 | 2021-07-01 | 3 lata | 69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny | 74,50 | 80,46 | 85,29 | 97,99 | 76,49 | Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli | | ryczałt | 24,70 |

| 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** |
| 1534 | Follitropinum alfa | Gonal-f, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie do wstrzykiwacza półautomatycznego, 900 j.m. (IU)/1,5 ml (66 µg/1,5 ml) | 1 wstrzykiwacz | 05909990007240 | 2021-07-01 | 3 lata | 69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny | 894,00 | 965,52 | 1023,45 | 1058,85 | 918,00 | Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli | | ryczałt | 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** |
| 1535 | Follitropinum alfa | Ovaleap, roztwór do wstrzykiwań, 300 j.m./0,5 ml | 1 wkład 0,5ml + 10 igieł iniekcyjnych | 05909991088125 | 2022-09-01 | 3 lata | 69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny | 256,34 | 276,85 | 293,46 | 314,50 | 305,99 | Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli | | ryczałt | 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** |
| 1536 | Follitropinum alfa | Ovaleap, roztwór do wstrzykiwań, 900 j.m./1,5 ml | 1 wkład 1,5ml + 20 igieł iniekcyjnych | 05909991088149 | 2022-09-01 | 3 lata | 69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny | 770,96 | 832,64 | 882,60 | 918,00 | 918,00 | Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli | | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 1537 | Follitropinum beta | Puregon, roztwór do wstrzykiwań, 300 j.m. | 1 wkł. | 05909990339754 | 2021-07-01 | 3 lata | 69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny | 256,00 | 276,48 | 293,07 | 314,11 | 305,99 | Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli | | ryczałt | 11,32 |
| 1538 | Follitropinum beta | Puregon, roztwór do wstrzykiwań, 600 j.m. | 1 wkł. | 05909990339761 | 2021-07-01 | 3 lata | 69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny | 512,00 | 552,96 | 586,14 | 615,27 | 612,01 | Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli | | ryczałt | 6,46 |
| 1539 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 1540 | Formoteroli fumaras | Foradil, proszek do inhalacji w kaps. 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 |
| 1541 | 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 |
| 1542 | 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 |
| 1543 | Formoteroli fumaras dihydricus | Atimos, aerozol inhalacyjny, roztwór, 12 µg/dawkę odmierzoną | 1 poj.po 120 daw. | 05909990620777 | 2022-01-01 | 3 lata | 198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 89,87 | 97,06 | 102,88 | 117,32 | 116,32 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 7,40 |
| 1544 | Formoteroli fumaras dihydricus | Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg | 60 szt. | 05909990614400 | 2022-01-01 | 3 lata | 198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 44,00 | 47,52 | 50,37 | 60,81 | 58,16 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 5,85 |
| 1545 | Formoteroli fumaras dihydricus | Forastmin, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 12 µg | 120 szt. | 05909991218287 | 2022-03-01 | 3 lata | 198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 88,96 | 96,08 | 101,84 | 116,28 | 116,28 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 6,40 |
| 1546 | Formoteroli fumaras dihydricus | Forastmin, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 12 µg | 180 szt. | 05909991218294 | 2022-03-01 | 3 lata | 198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 133,46 | 144,14 | 152,79 | 169,78 | 169,78 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 9,60 |
| 1547 | Formoteroli fumaras dihydricus | Formoterol Easyhaler, proszek do inhalacji, 12 mcg | 1 poj. (120 daw.) (+ op.ochr.) | 05909990337446 | 2021-07-01 | 3 lata | 198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 89,90 | 97,09 | 102,91 | 117,35 | 116,32 | Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 7,43 |
| 1548 | Formoteroli fumaras dihydricus | Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 4.5 µg/dawkę | 1 inh.po 60 daw. | 05909990445219 | 2022-01-01 | 3 lata | 198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 29,45 | 31,81 | 33,72 | 40,89 | 29,08 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 15,01 |
| 1549 | Formoteroli fumaras dihydricus | Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 9 µg/dawkę | 1 inh.po 60 daw. | 05909990445318 | 2022-01-01 | 3 lata | 198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 38,80 | 41,90 | 44,42 | 54,86 | 54,86 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,20 |
| 1550 | 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 |
| 1551 | 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 |

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

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 1563 | Gabapentinum | Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 400 mg | 100 szt. | 05909991331207 | 2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna | 44,00 | 47,52 | 50,37 | 61,21 | 61,21 | Padaczka oporna na leczenie | ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory | ryczałt | 3,20 |
| 1564 | Gabapentinum | Gabapentin Teva, kaps. twarde, 100 mg | 100 szt. | 05909990339495 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna | 14,50 | 15,66 | 16,60 | 21,38 | 16,89 | Padaczka oporna na leczenie | ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory | ryczałt | 7,69 |
| 1565 | Gabapentinum | Gabapentin Teva, kaps. twarde, 300 mg | 100 szt. | 05909991425340 | 2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna | 32,35 | 34,94 | 37,03 | 46,50 | 46,50 | Padaczka oporna na leczenie | ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory | ryczałt | 3,20 |
| 1566 | Gabapentinum | Gabapentin Teva, kaps. twarde, 300 mg | 100 szt. | 05909990339709 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna | 36,00 | 38,88 | 41,21 | 50,68 | 50,68 | Padaczka oporna na leczenie | ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory | ryczałt | 3,20 |
| 1567 | Gabapentinum | Gabapentin Teva, kaps. twarde, 400 mg | 100 szt. | 05909990339600 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna | 49,30 | 53,24 | 56,44 | 67,28 | 67,28 | Padaczka oporna na leczenie | ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory | ryczałt | 3,20 |
| 1568 | 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 |
| 1569 | 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 |
| 1570 | Gabapentinum | Neurontin 100, kaps. twarde, 100 mg | 100 szt. | 05909990769216 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna | 15,75 | 17,01 | 18,04 | 22,82 | 16,89 | Padaczka oporna na leczenie | ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory | ryczałt | 9,13 |
| 1571 | Gabapentinum | Neurontin 300, kaps. twarde, 300 mg | 100 szt. | 05909990769315 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna | 46,90 | 50,65 | 53,69 | 63,16 | 50,68 | Padaczka oporna na leczenie | ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory | ryczałt | 15,68 |
| 1572 | Gabapentinum | Neurontin 400, kaps. twarde, 400 mg | 100 szt. | 05909990769414 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna | 61,80 | 66,74 | 70,75 | 81,59 | 67,57 | Padaczka oporna na leczenie | ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory | ryczałt | 17,22 |
| 1573 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 1574 | Gabapentinum | Neurontin 800, tabl. 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 |
| 1575 | 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 | | 50% | 48,55 |
| 1576 | Ganirelixum | Orgalutran, roztwór do wstrzykiwań, 0.25 mg | 1 amp.-strz. | 05909990880911 | 2021-07-01 | 3 lata | 78.1, Hormony przysadki i podwzgórza – antygonadotropiny uwalniające hormony | 97,50 | 105,30 | 111,62 | 125,15 | 97,10 | Zapobieganie przedwczesnej owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, poddawanych kontrolowanej hiperstymulacji jajników – refundacja do 3 cykli | | 50% | 76,60 |
| 1577 | Gentamicinum | Gentamicin WZF 0,3%, krople do oczu, roztwór, 3 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909990092413 | 2022-01-01 | 3 lata | 208.0, Antybiotyki aminoglikozydowe do stosowania do oczu | 5,50 | 5,94 | 6,48 | 9,10 | 9,10 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 4,55 |
| 1578 | Gliclazidum | Clazicon, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg | 60 szt. | 05909991267155 | 2023-11-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 8,00 | 8,64 | 9,18 | 12,09 | 9,83 | Cukrzyca | | ryczałt | 5,46 |
| 1579 | Gliclazidum | Clazicon, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg | 30 szt. | 05909991267162 | 2023-11-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 8,00 | 8,64 | 9,18 | 12,09 | 9,83 | Cukrzyca | | ryczałt | 5,46 |
| 1580 | Gliclazidum | 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 |
| 1581 | Gliclazidum | Diagen, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg | 30 szt. | 05909991216023 | 2022-07-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 8,00 | 8,64 | 9,18 | 12,09 | 9,83 | Cukrzyca | | ryczałt | 5,46 |
| 1582 | Gliclazidum | Diaprel MR, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg | 60 szt. | 05909990443017 | 2022-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 19,25 | 20,79 | 22,04 | 24,95 | 9,83 | Cukrzyca | | ryczałt | 18,32 |
| 1583 | Gliclazidum | Diazidan, tabl., 80 mg | 60 szt. | 05909990911127 | 2022-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 12,25 | 13,23 | 14,03 | 16,94 | 9,83 | Cukrzyca | | ryczałt | 10,31 |
| 1584 | Gliclazidum | Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg | 60 szt. | 05909990647224 | 2022-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 11,10 | 11,99 | 12,71 | 15,62 | 9,83 | Cukrzyca | | ryczałt | 8,99 |
| 1585 | Gliclazidum | Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg | 90 szt. | 05909990647231 | 2022-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 16,65 | 17,98 | 19,06 | 23,16 | 14,74 | Cukrzyca | | ryczałt | 13,22 |
| 1586 | Gliclazidum | Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg | 30 szt. | 05909991056100 | 2021-07-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 11,00 | 11,88 | 12,59 | 15,50 | 9,83 | Cukrzyca | | ryczałt | 8,87 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 1587 | Gliclazidum | Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg | 60 szt. | 05909991056131 | 2021-07-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 22,00 | 23,76 | 25,19 | 30,20 | 19,65 | Cukrzyca | | ryczałt | 16,95 |
| 1588 | Gliclazidum | Gliclada, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 90 mg | 30 szt. | 05909991267230 | 2022-05-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 17,89 | 19,32 | 20,48 | 24,58 | 14,74 | Cukrzyca | | ryczałt | 14,64 |
| 1589 | Gliclazidum | Oziclide MR, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg | 30 tabl. | 05909991226299 | 2022-09-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 11,10 | 11,99 | 12,71 | 15,62 | 9,83 | Cukrzyca | | ryczałt | 8,99 |
| 1590 | Gliclazidum | Oziclide MR, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg | 60 tabl. | 05909991226305 | 2022-09-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 22,20 | 23,98 | 25,41 | 30,42 | 19,65 | Cukrzyca | | ryczałt | 17,17 |
| 1591 | Gliclazidum | Salson, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg | 30 szt. | 05909991267186 | 2021-11-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 8,25 | 8,91 | 9,45 | 12,36 | 9,83 | Cukrzyca | | ryczałt | 5,73 |
| 1592 | Gliclazidum | Salson, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg | 60 szt. | 05909991267193 | 2021-11-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 16,50 | 17,82 | 18,89 | 23,90 | 19,65 | Cukrzyca | | ryczałt | 10,65 |
| 1593 | Gliclazidum | Symazide MR 30, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg | 60 szt. | 05909991291648 | 2022-03-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 8,10 | 8,75 | 9,29 | 12,20 | 9,83 | Cukrzyca | | ryczałt | 5,57 |
| 1594 | Gliclazidum | Symazide MR 60 mg, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg | 30 szt. | 05909991257392 | 2023-05-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 8,86 | 9,57 | 10,14 | 13,05 | 9,83 | Cukrzyca | | ryczałt | 6,42 |
| 1595 | Gliclazidum | Symazide MR 60 mg, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg | 60 szt. | 05909991257408 | 2022-03-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 16,20 | 17,50 | 18,54 | 23,55 | 19,65 | Cukrzyca | | ryczałt | 10,30 |
| 1596 | Glimepiridum | Amaryl 1, tabl., 1 mg | 30 szt. | 05909990744817 | 2022-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 4,13 | 4,46 | 5,00 | 6,63 | 4,91 | Cukrzyca | | ryczałt | 4,92 |
| 1597 | Glimepiridum | Amaryl 2, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909990744916 | 2022-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 7,20 | 7,78 | 8,32 | 11,23 | 9,83 | Cukrzyca | | ryczałt | 4,60 |
| 1598 | Glimepiridum | Amaryl 3, tabl., 3 mg | 30 szt. | 05909990745012 | 2022-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 11,80 | 12,74 | 13,51 | 17,61 | 14,74 | Cukrzyca | | ryczałt | 7,67 |
| 1599 | Glimepiridum | Amaryl 4, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909990745111 | 2022-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 11,00 | 11,88 | 12,59 | 17,60 | 17,60 | Cukrzyca | | ryczałt | 6,40 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 1600 | Glimepiridum | Diaril, tabl., 1 mg | 30 szt. | 05909990566082 | 2022-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 3,55 | 3,83 | 4,37 | 6,00 | 4,91 | Cukrzyca | | ryczałt | 4,29 |
| 1601 | Glimepiridum | Diaril, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909990566105 | 2022-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 6,15 | 6,64 | 7,18 | 10,09 | 9,83 | Cukrzyca | | ryczałt | 3,46 |
| 1602 | Glimepiridum | Diaril, tabl., 3 mg | 30 szt. | 05909990566129 | 2022-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 8,77 | 9,47 | 10,04 | 14,14 | 14,14 | Cukrzyca | | ryczałt | 4,80 |
| 1603 | Glimepiridum | Diaril, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909990566143 | 2022-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 10,95 | 11,83 | 12,54 | 17,55 | 17,55 | Cukrzyca | | ryczałt | 6,40 |
| 1604 | Glimepiridum | Glibetic 1 mg, tabl., 1 mg | 30 szt. | 05909991097615 | 2024-04-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 3,59 | 3,88 | 4,42 | 6,05 | 4,91 | Cukrzyca | | ryczałt | 3,91 |
| 1605 | Glimepiridum | Glibetic 2 mg, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909991097516 | 2024-04-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 7,27 | 7,85 | 8,39 | 11,30 | 9,83 | Cukrzyca | | ryczałt | 4,20 |
| 1606 | Glimepiridum | Glibetic 3 mg, tabl., 3 mg | 30 szt. | 05909991097417 | 2024-04-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 10,69 | 11,55 | 12,24 | 16,34 | 14,74 | Cukrzyca | | ryczałt | 5,76 |
| 1607 | Glimepiridum | Glibetic 4 mg, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909991097318 | 2024-04-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 12,79 | 13,81 | 14,64 | 19,65 | 19,65 | Cukrzyca | | ryczałt | 5,76 |
| 1608 | Glimepiridum | GlimeHexal 1, tabl., 1 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990337453 | 2022-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 2,75 | 2,97 | 3,51 | 5,14 | 4,91 | Cukrzyca | | ryczałt | 3,43 |
| 1609 | Glimepiridum | GlimeHexal 2, tabl., 2 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990337521 | 2022-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 5,50 | 5,94 | 6,48 | 9,39 | 9,39 | Cukrzyca | | ryczałt | 3,20 |
| 1610 | Glimepiridum | GlimeHexal 3, tabl., 3 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990338078 | 2022-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 8,25 | 8,91 | 9,45 | 13,55 | 13,55 | Cukrzyca | | ryczałt | 4,80 |
| 1611 | Glimepiridum | GlimeHexal 4, tabl., 4 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990338146 | 2022-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 10,95 | 11,83 | 12,54 | 17,55 | 17,55 | Cukrzyca | | ryczałt | 6,40 |
| 1612 | Glimepiridum | GlimeHexal 6, tabl., 6 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990338207 | 2022-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 16,70 | 18,04 | 19,12 | 25,76 | 25,76 | Cukrzyca | | ryczałt | 9,60 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 1613 | Glimepiridum | Symglic, tabl., 1 mg | 30 szt. | 05909990570348 | 2022-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 2,52 | 2,72 | 3,26 | 4,89 | 4,89 | Cukrzyca | | ryczałt | 3,20 |
| 1614 | Glimepiridum | Symglic, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909990570355 | 2022-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 5,16 | 5,57 | 6,11 | 9,02 | 9,02 | Cukrzyca | | ryczałt | 3,20 |
| 1615 | Glimepiridum | Symglic, tabl., 3 mg | 30 szt. | 05909990570362 | 2022-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 7,11 | 7,68 | 8,22 | 12,32 | 12,32 | Cukrzyca | | ryczałt | 4,80 |
| 1616 | Glimepiridum | Symglic, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909990573196 | 2022-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 10,00 | 10,80 | 11,45 | 16,46 | 16,46 | Cukrzyca | | ryczałt | 6,40 |
| 1617 | Glimepiridum | Symglic, tabl., 6 mg | 30 szt. | 05909990570379 | 2022-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 16,49 | 17,81 | 18,88 | 25,52 | 25,52 | Cukrzyca | | ryczałt | 9,60 |
| 1618 | Glipizidum | Glipizide BP, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990791712 | 2022-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 9,00 | 9,72 | 10,30 | 11,93 | 4,91 | Cukrzyca | | ryczałt | 10,22 |
| 1619 | Glucagoni hydrochloridum | GlucaGen 1 mg HypoKit, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg | 1 fiol. | 05909990693313 | 2022-01-01 | 3 lata | 85.0, Hormony trzustki - glukagon | 47,95 | 51,79 | 54,90 | 65,74 | 65,74 | Cukrzyca | | ryczałt | 3,20 |
| 1620 | Glyceroli trinitras | Nitromint, aerozol podjęzykowy, roztwór, 0.4 mg/dawkę | 11 g (200 daw.) | 05909990156825 | 2022-01-01 | 3 lata | 33.2, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - trójazotan glicerolu - produkty o natychmiastowym działaniu | 11,84 | 12,79 | 13,55 | 18,29 | 18,29 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,41 |
| 1621 | Glyceroli trinitras | Sustonit, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 6.5 mg | 30 szt. | 05909990183036 | 2024-04-01 | 3 lata | 33.1, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - trójazotan glicerolu - do podawania doustnego | 5,30 | 5,72 | 6,26 | 8,80 | 8,80 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,74 |
| 1622 | Glycopyrronii bromidum | Seebri Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 44 µg | 30 kaps. + 1 inhalator | 05909991000882 | 2022-09-01 | 3 lata | 201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 71,25 | 76,95 | 81,57 | 95,44 | 95,44 | Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia | | 30% | 28,63 |
| 1623 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 1624 | Goserelinum | Reseligo, implant w amp.-strz., 3.6 mg | 1 szt. | 05909991256197 | 2022-07-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę | 138,60 | 149,69 | 158,67 | 175,95 | 175,95 | Nowotwory złośliwe - Rak piersi i rak trzonu macicy; Nowotwory złośliwe - Rak prostaty | obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu | ryczałt | 3,20 |
| 1625 | Goserelinum | Xanderla, implant w amp.-strz., 3.6 mg | 1 amp.-strzyk. | 05909991335564 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę | 140,00 | 151,20 | 160,27 | 177,55 | 175,95 | <1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi i rak trzonu macicy; Nowotwory złośliwe - Rak prostaty; <2>Zahamowanie czynności przysadki u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, w przygotowaniu do kontrolowanej hiperstymulacji jajników – refundacja do 3 cykli | obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu | ryczałt | 4,80 |
| 1626 | Goserelinum | Xanderla LA, implant w amp.-strz., 10.8 mg | 1 amp.-strzyk. | 05909991335595 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę | 419,50 | 453,06 | 480,24 | 506,28 | 506,28 | Nowotwory złośliwe - Rak prostaty | obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu | ryczałt | 8,96 |
| 1627 | Goserelinum | Zoladex, implant podskórny, 3.6 mg | 1 amp.-strz. | 05909990082315 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę | 193,50 | 208,98 | 221,52 | 238,80 | 175,95 | Nowotwory złośliwe - Rak piersi i rak trzonu macicy; Nowotwory złośliwe - Rak prostaty; | obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu | ryczałt | 66,05 |
| 1628 | Goserelinum | Zoladex LA, implant podskórny, 10.8 mg | 1 amp.-strz. | 05909990783212 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę | 608,87 | 657,58 | 697,03 | 723,07 | 527,85 | Nowotwory złośliwe - Rak prostaty | obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu | ryczałt | 204,18 |
| 1629 | Haloperidoli decanoas | Decaldol, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml | 5 amp.po 1 ml | 05909990077311 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 177.3, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania pozajelitowego | 29,72 | 32,10 | 34,02 | 42,47 | 42,47 | x | choroba Huntingtona | 30% | 11,47 |
| 1630 | Haloperidoli decanoas | Decaldol, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml | 5 amp.po 1 ml | 05909990077311 | 2024-04-01 | 3 lata | 177.3, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania pozajelitowego | 29,72 | 32,10 | 34,02 | 42,47 | 42,47 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 1631 | Haloperidolum | Haloperidol UNIA, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml | 1 but. po 10 ml | 05909990239412 | 2022-01-01 | 3 lata | 177.1, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 3,38 | 3,65 | 4,19 | 6,01 | 6,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 1,80 |
| 1632 | Haloperidolum | Haloperidol UNIA, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml | 1 but. po 10 ml | 05909990239412 | 2022-01-01 | 3 lata | 177.1, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 3,38 | 3,65 | 4,19 | 6,01 | 6,01 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 1633 | Haloperidolum | Haloperidol WZF, tabl., 1 mg | 40 tabl. (2 blist.po 20 szt.) | 05909990104017 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 177.2, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 4,20 | 4,54 | 5,08 | 6,54 | 4,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroba Huntingtona | 30% | 3,17 |
| 1634 | Haloperidolum | Haloperidol WZF, tabl., 1 mg | 40 tabl. (2 blist.po 20 szt.) | 05909990104017 | 2024-04-01 | 3 lata | 177.2, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 4,20 | 4,54 | 5,08 | 6,54 | 4,31 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 2,01 |
| 1635 | Haloperidolum | Haloperidol WZF, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990722617 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 177.2, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 10,36 | 11,19 | 11,86 | 16,18 | 16,18 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroba Huntingtona | 30% | 4,36 |
| 1636 | Haloperidolum | Haloperidol WZF, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990722617 | 2024-04-01 | 3 lata | 177.2, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 10,36 | 11,19 | 11,86 | 16,18 | 16,18 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 1637 | Haloperidolum | Haloperidol WZF 0,2%, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml | 1 but.po 10 ml | 05909990969319 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 177.1, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 3,99 | 4,31 | 4,85 | 6,67 | 6,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroba Huntingtona | 30% | 2,21 |
| 1638 | Haloperidolum | Haloperidol WZF 0,2%, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml | 1 but.po 10 ml | 05909990969319 | 2024-04-01 | 3 lata | 177.1, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 3,99 | 4,31 | 4,85 | 6,67 | 6,01 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 0,59 |
| 1639 | Hydrocortisonum | Hydrocortisonum-SF, tabl., 10 mg | 60 szt. | 05909991218140 | 2022-11-01 | 3 lata | 82.7, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - hydrokortyzon | 12,30 | 13,28 | 14,08 | 18,95 | 18,95 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,69 |
| 1640 | Hydrocortizoni acetatas | Hydrocortisonum AFP, krem, 10 mg/g | 1 tuba po 15 g | 05909990950317 | 2022-01-01 | 3 lata | 55.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o słabej i średniej sile działania | 4,45 | 4,81 | 5,35 | 7,57 | 7,57 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 3,79 |
| 1641 | Hydroxycarbamidum | Hydroxycarbamid Teva, kaps., 500 mg | 100 szt. (1 but.) | 05909990836758 | 2022-03-01 | 3 lata | 126.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne - hydroksymocznik | 79,74 | 86,12 | 91,28 | 105,19 | 105,19 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 1642 | Hydroxycarbamidum | Hydroxyurea medac, kaps. twarde, 500 mg | 100 szt. | 05909990944927 | 2022-01-01 | 3 lata | 126.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne - hydroksymocznik | 79,74 | 86,12 | 91,28 | 105,19 | 105,19 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 1643 | Ibuprofenum | Ibuprofen Hasco, kaps. miękkie, 200 mg | 60 szt. | 05909990853540 | 2022-03-01 | 3 lata | 141.1, 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 1644 | Icatibantum | 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 |
| 1645 | Icatibantum | Icatibant Accord, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml | 1 amp.-strz.po 3 ml | 05055565774410 | 2022-05-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 241.2, Leki stosowane w dziedzicznym obrzęku naczynioruchowym - ikatybant | 2068,45 | 2233,93 | 2367,96 | 2433,07 | 2433,07 | <1>Leczenie ostrych zagrażających życiu napadów obrzęku naczynioruchowego u chorych dorosłych na dziedziczny obrzęk naczynioruchowy wywołany niedoborem inhibitora esterazy C1; <2>Leczenie ostrych, zagrażających życiu napadów obrzęku naczynioruchowego u dzieci od 2 roku życia, chorych na dziedziczny obrzęk naczynioruchowy wywołany niedoborem inhibitora esterazy C1 | | ryczałt | 3,20 |
| 1646 | Icatibantum | Icatibant Fresenius, roztwór do wstrzykiwań w 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 |
| 1647 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 1648 | Icatibantum | Icatibant Zentiva, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml | 1 amp.-strz.po 3 ml | 05909991469306 | 2022-09-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 241.2, Leki stosowane w dziedzicznym obrzęku naczynioruchowym - ikatybant | 2035,00 | 2197,80 | 2329,67 | 2394,78 | 2394,78 | <1>Leczenie 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 |
| 1649 | 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 |
| 1650 | Indacaterolum + Glycopyrronii bromidum | Ultibro Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 85+43 µg | 30 szt. + inhal. | 05909991080921 | 2023-09-01 | 3 lata | 201.3, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o długim działaniu | 103,95 | 112,27 | 119,01 | 134,31 | 134,31 | Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia | | 30% | 40,29 |
| 1651 | Indakaterol + Glikopironium bromek + Mometazonu furoinian | Enerzair Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 114+46+136 mg | 30 szt. (30 x 1) | 07613421044596 | 2022-05-01 | 2 lata | 199.4, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami i lekami antycholinergicznymi | 155,29 | 167,71 | 177,78 | 195,99 | 195,99 | Podtrzymujące leczenie astmy u dorosłych pacjentów, u których nie uzyskano odpowiedniej kontroli choroby w wyniku podtrzymującego leczenia skojarzonego długo działającym beta2-mimetykiem i kortykosteroidem wziewnym podawanym w dużych dawkach, u których wystąpiło co najmniej jedno zaostrzenie astmy w poprzednim roku | | 30% | 58,80 |
| 1652 | Indakaterol + Mometazonu furoinian | Atectura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 125+127,5 mg | 30 szt. | 07613421045531 | 2022-05-01 | 2 lata | 199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach | 92,00 | 99,36 | 105,32 | 118,85 | 93,99 | Podtrzymujące leczenie astmy u osób dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat z niewystarczającą kontrolą astmy za pomocą wziewnych kortykosteroidów oraz wziewnych krótko działających beta2-mimetyków | | 30% | 53,06 |
| 1653 | Indakaterol + Mometazonu furoinian | Atectura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 125+260 mg | 30 szt. | 07613421045548 | 2022-05-01 | 2 lata | 199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach | 93,00 | 100,44 | 106,47 | 120,00 | 93,99 | Podtrzymujące leczenie astmy u osób dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat z niewystarczającą kontrolą astmy za pomocą wziewnych kortykosteroidów oraz wziewnych krótko działających beta2-mimetyków | | 30% | 54,21 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 1654 | Indakaterol + Mometazonu furoinian | Atectura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 125+62,5 mg | 30 szt. | 07613421045524 | 2022-05-01 | 2 lata | 199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach | 60,00 | 64,80 | 68,69 | 86,63 | 86,63 | Podtrzymujące leczenie astmy u osób dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat z niewystarczającą kontrolą astmy za pomocą wziewnych kortykosteroidów oraz wziewnych krótko działających beta2-mimetyków | | 30% | 25,99 |
| 1655 | Indapamidum | Diuresin SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990975815 | 2022-01-01 | 3 lata | 36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe | 7,65 | 8,26 | 8,80 | 11,53 | 9,18 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,10 |
| 1656 | Indapamidum | Diuresin SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg | 60 szt. | 05909991276621 | 2023-01-01 | 3 lata | 36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe | 11,88 | 12,83 | 13,60 | 18,35 | 18,35 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,51 |
| 1657 | Indapamidum | Indapamide SR Genoptim, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg | 30 szt. | 05909990799398 | 2024-04-01 | 3 lata | 36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe | 4,40 | 4,75 | 5,29 | 8,02 | 8,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 2,41 |
| 1658 | Indapamidum | Indapen, tabl. powl., 2.5 mg | 20 szt. | 05909990863013 | 2024-04-01 | 3 lata | 36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe | 5,99 | 6,47 | 7,01 | 10,00 | 10,00 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 2,70 |
| 1659 | Indapamidum | Indapen SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg | 30 szt. | 05909990665907 | 2024-04-01 | 3 lata | 36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe | 7,64 | 8,25 | 8,79 | 11,52 | 9,18 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 4,58 |
| 1660 | Indapamidum | Indapres, tabl. powl., 2.5 mg | 30 szt. | 05909990223121 | 2024-04-01 | 3 lata | 36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe | 7,50 | 8,10 | 8,64 | 12,82 | 12,82 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,47 |
| 1661 | Indapamidum | Indix SR, tabl. o 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 |
| 1662 | Indapamidum | Indix SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg | 90 szt. | 05908289660401 | 2022-09-01 | 3 lata | 36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe | 13,98 | 15,10 | 16,01 | 22,42 | 22,42 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,73 |
| 1663 | Indapamidum | Opamid, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg | 30 szt. | 05909990770182 | 2022-01-01 | 3 lata | 36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe | 5,65 | 6,10 | 6,64 | 9,37 | 9,18 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 2,94 |
| 1664 | Indapamidum | Rawel SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg | 30 szt. | 05909990424801 | 2022-01-01 | 3 lata | 36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe | 4,51 | 4,87 | 5,41 | 8,14 | 8,14 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 2,44 |
| 1665 | Indapamidum | Rawel SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg | 60 szt. | 05909990424849 | 2022-01-01 | 3 lata | 36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe | 9,02 | 9,74 | 10,32 | 15,07 | 15,07 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 4,52 |
| 1666 | Indapamidum | Symapamid SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg | 30 szt. | 05909990734993 | 2022-01-01 | 3 lata | 36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe | 4,47 | 4,83 | 5,37 | 8,10 | 8,10 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 2,43 |
| 1667 | Indapamidum | Tertensif SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg | 30 szt. (1 blist.po 30 szt.) | 05909990738212 | 2022-01-01 | 3 lata | 36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe | 9,39 | 10,14 | 10,75 | 13,48 | 9,18 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 7,05 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 1668 | Inhibitor C1-esterazy, ludzki | 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 |
| 1669 | 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 |
| 1670 | 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 |
| 1671 | Insulinum aspartum | Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909991306298 | 2024-04-01 | 2 lata 9 miesięcy | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 101,00 | 109,08 | 115,62 | 129,32 | 100,78 | Cukrzyca typu I | | ryczałt | 32,54 |
| 1672 | Insulinum aspartum | Insulin aspart Sanofi, roztwór do wstrz., 100 j/ml | 10 wstrz. po 3 ml | 05909991429171 | 2024-04-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 160,43 | 173,26 | 183,66 | 201,40 | 201,40 | Cukrzyca | | ryczałt | 8,00 |
| 1673 | Insulinum aspartum | NovoMix 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990879915 | 2022-01-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 106,00 | 114,48 | 121,35 | 135,05 | 100,78 | Cukrzyca | | ryczałt | 38,27 |
| 1674 | Insulinum aspartum | NovoMix 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml | 5 wkł.po 3ml | 05909990614981 | 2022-01-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 106,00 | 114,48 | 121,35 | 135,05 | 100,78 | Cukrzyca | | ryczałt | 38,27 |
| 1675 | Insulinum aspartum | NovoRapid, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml | 1 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 |
| 1676 | Insulinum aspartum | NovoRapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990451814 | 2022-01-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 102,90 | 111,13 | 117,80 | 131,50 | 100,78 | Cukrzyca | | ryczałt | 34,72 |

| 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** |
| 1677 | Insulinum degludecum | Tresiba, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml | 10 wkł.po 3 ml | 05712249124441 | 2023-07-01 | 2 lata | 14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insulin | 333,00 | 359,64 | 381,22 | 402,12 | 309,91 | Cukrzyca typu I u dorosłych; Cukrzyca typu 2 u dorosłych pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z HbA1c ≥7,5% oraz cukrzyca typu 2 u dorosłych pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z udokumentowanymi nawracającymi epizodami ciężkiej lub nocnej hipoglikemii oraz cukrzyca o znanej przyczynie (zgodnie z definicją wg WHO); Cukrzyca typu I u dzieci powyżej 1. roku życia i młodzieży; Cukrzyca typu 2 u dzieci powyżej 1. roku życia i młodzieży leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z HbA1c ≥7,5% oraz cukrzyca typu 2 u dzieci powyżej 1. roku życia i młodzieży leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z udokumentowanymi nawracającymi epizodami ciężkiej lub nocnej hipoglikemii oraz cukrzyca u dzieci powyżej 1. roku życia i młodzieży o znanej przyczynie (zgodnie z definicją wg WHO) | | 30% | 185,18 |
| 1678 | Insulinum degludecum + Insulinum aspartum | Ryzodeg, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml Penfill | 05909991371562 | 2023-01-01 | 2 lata | 14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insulin | 137,75 | 148,77 | 157,70 | 174,28 | 154,96 | Cukrzyca typu I u dorosłych, młodzieży i dzieci w wieku od 2 lat i powyżej; Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z HbA1c ≥8% oraz cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z udokumentowanymi nawracającymi epizodami ciężkiej lub nocnej hipoglikemii oraz cukrzyca o znanej przyczynie (zgodnie z definicją wg WHO) | | 30% | 65,81 |
| 1679 | Insulinum detemirum | Levemir, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml | 5 wkł.po 3 ml (Penfill) | 05909990005741 | <1>2022-07-01/<2>2023-11-01 | 3 lata | 14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insulin | 166,50 | 179,82 | 190,61 | 207,19 | 154,96 | <1>Cukrzyca typu I u dorosłych, młodzieży i dzieci w wieku od 2 lat i powyżej; <2>Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z HbA1c ≥8% oraz cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z udokumentowanymi nawracającymi epizodami ciężkiej lub nocnej hipoglikemii oraz cukrzyca o znanej przyczynie (zgodnie z definicją wg WHO) | | 30% | 98,72 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 1680 | Insulinum glarginum | Abasaglar, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml | 10 wkł.po 3 ml | 05909991201982 | 2023-09-01 | 3 lata | 14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insulin | 252,45 | 272,65 | 289,01 | 309,91 | 309,91 | Cukrzyca typu I u dorosłych, młodzieży i dzieci od 6 roku życia; Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z HbA1c ≥8% oraz cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z udokumentowanymi nawracającymi epizodami ciężkiej lub nocnej hipoglikemii oraz cukrzyca typu 1 u dzieci w wieku od 2 do 6 lat oraz cukrzyca o znanej przyczynie (zgodnie z definicją wg WHO) | | 30% | 92,97 |
| 1681 | Insulinum glarginum | Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml | 5 wkładów po 3 ml | 05909990895717 | <1>2022-07-01/<2>2023-09-01 | 3 lata | 14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insulin | 157,00 | 169,56 | 179,73 | 196,31 | 154,96 | <1>Cukrzyca typu I u dorosłych, młodzieży i dzieci od 6 roku życia; <2>Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z HbA1c ≥8% oraz cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z udokumentowanymi nawracającymi epizodami ciężkiej lub nocnej hipoglikemii oraz cukrzyca typu 1 u dzieci w wieku od 2 do 6 lat oraz cukrzyca o znanej przyczynie (zgodnie z definicją wg WHO) | | 30% | 87,84 |
| 1682 | Insulinum glarginum | Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml | 5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml | 05909990617555 | <1>2022-07-01/<2>2023-09-01 | 3 lata | 14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insulin | 157,00 | 169,56 | 179,73 | 196,31 | 154,96 | <1>Cukrzyca typu I u dorosłych, młodzieży i dzieci od 6 roku życia; <2>Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z HbA1c ≥8% oraz cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z udokumentowanymi nawracającymi epizodami ciężkiej lub nocnej hipoglikemii oraz cukrzyca typu 1 u dzieci w wieku od 2 do 6 lat oraz cukrzyca o znanej przyczynie (zgodnie z definicją wg WHO) | | 30% | 87,84 |
| 1683 | Insulinum glarginum | Toujeo, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 300 j/ml | 10 wstrzykiwaczy SoloStar po 1,5 ml | 05909991231538 | 2023-01-01 | 3 lata | 14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insulin | 445,50 | 481,14 | 510,01 | 534,88 | 464,87 | Cukrzyca typu I u dorosłych; Cukrzyca typu 2 u dorosłych pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z HbA1c ≥8% oraz cukrzyca typu 2 u dorosłych pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z udokumentowanymi nawracającymi epizodami ciężkiej lub nocnej hipoglikemii oraz cukrzyca u dorosłych o znanej przyczynie (zgodnie z definicją wg WHO) | | 30% | 209,47 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 1684 | Insulinum glarginum + Lixisenatidum | Suliqua, roztwór do wstrzykiwań, 100+33 j/ml+mcg/ml | 3 wstrzykiwacze po 3 ml | 05909991315948 | 2023-03-01 | 2 lata | 252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1 | 255,30 | 275,72 | 292,27 | 315,07 | 315,07 | Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c ≥ 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% | 94,52 |
| 1685 | Insulinum glarginum + Lixisenatidum | Suliqua, roztwór do wstrzykiwań, 100+50 j/ml+mcg/ml | 3 wstrzykiwacze po 3 ml | 05909991315924 | 2023-03-01 | 2 lata | 252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1 | 334,00 | 360,72 | 382,36 | 405,16 | 394,08 | Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c ≥ 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% | 129,30 |
| 1686 | Insulinum glulisinum | Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml | 1 fiol.po 10 ml | 05909990008483 | 2022-05-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 65,00 | 70,20 | 74,41 | 85,57 | 67,19 | Cukrzyca | | ryczałt | 21,58 |
| 1687 | Insulinum glulisinum | Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990008575 | 2022-05-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 99,50 | 107,46 | 113,91 | 127,61 | 100,78 | Cukrzyca | | ryczałt | 30,83 |
| 1688 | Insulinum glulisinum | Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wstrz. SoloStar po 3 ml | 05909990617197 | 2022-01-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 100,00 | 108,00 | 114,48 | 128,18 | 100,78 | Cukrzyca | | ryczałt | 31,40 |
| 1689 | Insulinum humanum | Actrapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990237920 | 2022-01-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 72,66 | 78,47 | 83,18 | 96,88 | 96,88 | Cukrzyca | | ryczałt | 4,00 |
| 1690 | Insulinum humanum | Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 10 wkł.po 3 ml | 05909990958566 | 2021-09-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 146,80 | 158,54 | 168,06 | 185,80 | 185,80 | Cukrzyca | | ryczałt | 8,00 |
| 1691 | Insulinum humanum | Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990853113 | 2022-01-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 76,07 | 82,16 | 87,08 | 100,78 | 100,78 | Cukrzyca | | ryczałt | 4,00 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 1692 | Insulinum humanum | Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 10 wkł.po 3 ml | 05909990958573 | 2021-09-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 146,80 | 158,54 | 168,06 | 185,80 | 185,80 | Cukrzyca | | ryczałt | 8,00 |
| 1693 | Insulinum humanum | Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990853311 | 2022-01-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 76,07 | 82,16 | 87,08 | 100,78 | 100,78 | Cukrzyca | | ryczałt | 4,00 |
| 1694 | Insulinum humanum | Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 10 wkł.po 3 ml | 05909990958580 | 2021-09-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 146,80 | 158,54 | 168,06 | 185,80 | 185,80 | Cukrzyca | | ryczałt | 8,00 |
| 1695 | Insulinum humanum | Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990853519 | 2022-01-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 79,23 | 85,57 | 90,70 | 104,40 | 100,78 | Cukrzyca | | ryczałt | 7,62 |
| 1696 | Insulinum humanum | Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 10 wkł.po 3 ml | 05909990958597 | 2021-09-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 146,80 | 158,54 | 168,06 | 185,80 | 185,80 | Cukrzyca | | ryczałt | 8,00 |
| 1697 | Insulinum humanum | Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990852413 | 2022-01-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 79,23 | 85,57 | 90,70 | 104,40 | 100,78 | Cukrzyca | | ryczałt | 7,62 |
| 1698 | Insulinum humanum | Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 10 wkł.po 3 ml | 05909990958603 | 2021-09-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 146,80 | 158,54 | 168,06 | 185,80 | 185,80 | Cukrzyca | | ryczałt | 8,00 |
| 1699 | Insulinum humanum | Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990852116 | 2022-01-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 79,23 | 85,57 | 90,70 | 104,40 | 100,78 | Cukrzyca | | ryczałt | 7,62 |
| 1700 | Insulinum humanum | Humulin M3 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990246014 | 2022-01-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 76,17 | 82,26 | 87,20 | 100,90 | 100,78 | Cukrzyca | | ryczałt | 4,12 |
| 1701 | Insulinum humanum | Humulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990246717 | 2022-01-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 76,17 | 82,26 | 87,20 | 100,90 | 100,78 | Cukrzyca | | ryczałt | 4,12 |
| 1702 | Insulinum humanum | Humulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990247011 | 2022-01-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 76,17 | 82,26 | 87,20 | 100,90 | 100,78 | Cukrzyca | | ryczałt | 4,12 |
| 1703 | Insulinum humanum | Insulatard Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990348923 | 2022-01-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 72,66 | 78,47 | 83,18 | 96,88 | 96,88 | Cukrzyca | | ryczałt | 4,00 |
| 1704 | Insulinum humanum | Mixtard 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990238323 | 2022-01-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 72,66 | 78,47 | 83,18 | 96,88 | 96,88 | Cukrzyca | | ryczałt | 4,00 |
| 1705 | Insulinum humanum | Mixtard 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990348121 | 2022-01-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 72,66 | 78,47 | 83,18 | 96,88 | 96,88 | Cukrzyca | | ryczałt | 4,00 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 1706 | Insulinum humanum | Polhumin Mix - 2, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909991022921 | 2024-04-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 73,40 | 79,27 | 84,02 | 97,72 | 97,72 | Cukrzyca | | ryczałt | 3,40 |
| 1707 | Insulinum humanum | Polhumin Mix - 3, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909991023027 | 2024-04-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 73,40 | 79,27 | 84,02 | 97,72 | 97,72 | Cukrzyca | | ryczałt | 3,40 |
| 1708 | Insulinum humanum | Polhumin Mix - 4, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909991023126 | 2024-04-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 73,40 | 79,27 | 84,02 | 97,72 | 97,72 | Cukrzyca | | ryczałt | 3,40 |
| 1709 | Insulinum humanum | Polhumin Mix - 5, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909991023324 | 2024-04-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 73,40 | 79,27 | 84,02 | 97,72 | 97,72 | Cukrzyca | | ryczałt | 3,40 |
| 1710 | Insulinum humanum | Polhumin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909991022525 | 2024-04-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 73,40 | 79,27 | 84,02 | 97,72 | 97,72 | Cukrzyca | | ryczałt | 3,40 |
| 1711 | Insulinum humanum | Polhumin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909991022822 | 2024-04-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 73,40 | 79,27 | 84,02 | 97,72 | 97,72 | Cukrzyca | | ryczałt | 3,40 |
| 1712 | Insulinum lisprum | Humalog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990692422 | 2022-01-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 106,20 | 114,70 | 121,58 | 135,28 | 100,78 | Cukrzyca | | ryczałt | 38,50 |
| 1713 | Insulinum lisprum | Humalog Mix25, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990455010 | 2022-01-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 106,81 | 115,35 | 122,28 | 135,98 | 100,78 | Cukrzyca | | ryczałt | 39,20 |
| 1714 | Insulinum lisprum | Humalog Mix50, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990455614 | 2022-01-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 106,81 | 115,35 | 122,28 | 135,98 | 100,78 | Cukrzyca | | ryczałt | 39,20 |
| 1715 | Insulinum lisprum | Insulin Lispro Sanofi, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100 j./ml | 10 wstrz. 3 ml SoloStar | 05909991333553 | 2023-11-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 160,21 | 173,03 | 183,41 | 201,15 | 201,15 | Cukrzyca | | ryczałt | 8,00 |
| 1716 | Insulinum lisprum | Liprolog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 10 wkł.po 3 ml | 05909990005536 | 2024-01-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 157,41 | 170,00 | 180,20 | 197,94 | 197,94 | Cukrzyca | | ryczałt | 8,00 |
| 1717 | Insulinum lisprum | Liprolog Junior KwikPen, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml | 5 wstrzyk. po 3 ml | 05907677973123 | 2024-04-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 78,00 | 84,24 | 89,29 | 102,99 | 100,78 | Cukrzyca | | ryczałt | 6,21 |
| 1718 | Insulinum lisprum | Liprolog KwikPen, roztwór do wstrz., 200 j.m./ml | 5 wstrzyk. po 3 ml | 05999885490165 | 2022-11-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich | 157,41 | 170,00 | 180,20 | 197,94 | 197,94 | Cukrzyca | | ryczałt | 8,00 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 1719 | Ipratropii bromidum | 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 |
| 1720 | Ipratropii bromidum | Atrovent, płyn do inhalacji z nebulizatora, 250 µg/ml | 1 but.po 20 ml | 05909990322114 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 201.1, Wziewne leki antycholinergiczne o krótkim działaniu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o krótkim działaniu | 10,69 | 11,55 | 12,24 | 15,21 | 10,02 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo - płucna; dyskineza rzęsek | ryczałt | 8,39 |
| 1721 | Ipratropii bromidum | Atrovent N, aerozol wziewny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 10 ml (200 daw.) | 05909990999019 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 201.1, Wziewne leki antycholinergiczne o krótkim działaniu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o krótkim działaniu | 13,07 | 14,12 | 14,96 | 20,05 | 20,04 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo - płucna; dyskineza rzęsek | ryczałt | 3,57 |
| 1722 | Ipratropii bromidum | Ipravent Inhaler, aerozol wziewny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 200 daw. | 05909991306236 | 2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 201.1, Wziewne leki antycholinergiczne o krótkim działaniu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o krótkim działaniu | 12,90 | 13,93 | 14,76 | 19,85 | 19,85 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo - płucna; dyskineza rzęsek | ryczałt | 3,56 |
| 1723 | Isosorbidi mononitras | Mononit 10, tabl. powl., 10 mg | 60 szt. | 05909990010516 | 2022-01-01 | 3 lata | 34.1, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - dwuazotan i monoazotan izosorbidu do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 3,67 | 3,96 | 4,50 | 6,13 | 5,10 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 4,23 |
| 1724 | Isosorbidi mononitras | Mononit 100 retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg | 30 szt. | 05909991011727 | 2022-01-01 | 3 lata | 34.1, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - dwuazotan i monoazotan izosorbidu do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 15,20 | 16,42 | 17,40 | 23,31 | 23,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 8,00 |
| 1725 | Isosorbidi mononitras | Mononit 20, tabl. powl., 20 mg | 60 szt. | 05909990010622 | 2022-01-01 | 3 lata | 34.1, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - dwuazotan i monoazotan izosorbidu do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 6,78 | 7,32 | 7,86 | 10,76 | 10,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,77 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 1726 | Isosorbidi mononitras | Mononit 40, tabl. 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 | 10,19 | 10,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 1727 | 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 | 16,18 | 15,29 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 5,69 |
| 1728 | Itraconazolum | Itrax, kaps. twarde, 100 mg | 28 szt. | 05909990858262 | 2021-11-01 - dla kolumny 14, 2022-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 58,94 | 63,66 | 67,48 | 79,47 | 79,47 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka | 50% | 39,74 |
| 1729 | Itraconazolum | Itrax, kaps. twarde, 100 mg | 4 szt. | 05909990858255 | 2021-11-01 - dla kolumny 14, 2022-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 8,42 | 9,09 | 9,64 | 13,31 | 11,87 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka | 50% | 7,38 |
| 1730 | Itraconazolum | Orungal, kaps., 100 mg | 28 szt. | 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 | 60,64 | 60,64 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka | 50% | 30,32 |
| 1731 | Itraconazolum | Orungal, kaps., 100 mg | 4 szt. | 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 | 12,85 | 11,87 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka | 50% | 6,92 |
| 1732 | Itraconazolum | Trioxal, kaps., 100 mg | 28 szt. | 05909991053826 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 64,49 | 69,65 | 73,83 | 85,82 | 83,06 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka | 50% | 44,29 |
| 1733 | Itraconazolum | Trioxal, kaps., 100 mg | 4 szt. | 05909991053819 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 9,99 | 10,79 | 11,44 | 15,11 | 11,87 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka | 50% | 9,18 |
| 1734 | Ivabradinum | Bixebra, tabl. powl., 5 mg | 56 szt. | 05909991427764 | 2024-01-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 52,93 | 57,16 | 60,60 | 72,05 | 70,31 | Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane | | ryczałt | 4,94 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 1735 | 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 | 73,22 | 70,31 | Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane | | ryczałt | 6,11 |
| 1736 | Ivabradinum | Bixebra, tabl. powl., 5 mg | 56 szt. | 05909991452278 | 2021-09-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 53,98 | 58,30 | 61,80 | 73,25 | 70,31 | Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane | | ryczałt | 6,14 |
| 1737 | Ivabradinum | Bixebra, tabl., 5 mg | 56 szt. | 05909991286613 | 2021-11-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 64,00 | 69,12 | 73,27 | 84,72 | 70,31 | Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane | | ryczałt | 17,61 |
| 1738 | Ivabradinum | Bixebra, tabl. powl., 7.5 mg | 56 szt. | 05909991427511 | 2024-01-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 79,40 | 85,75 | 90,89 | 104,82 | 104,82 | Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane | | ryczałt | 3,20 |
| 1739 | Ivabradinum | Bixebra, tabl. powl., 7.5 mg | 56 szt. | 05909991466046 | 2022-03-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 79,50 | 85,86 | 91,01 | 104,94 | 104,94 | Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 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** |
| 1740 | Ivabradinum | Bixebra, tabl. powl., 7.5 mg | 56 szt. | 05909991351274 | 2021-05-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 79,95 | 86,35 | 91,53 | 105,46 | 105,46 | Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane | | ryczałt | 3,20 |
| 1741 | Ivabradinum | Bixebra, tabl. powl., 7.5 mg | 56 szt. | 05909991452285 | 2021-09-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 79,95 | 86,35 | 91,53 | 105,46 | 105,46 | Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane | | ryczałt | 3,20 |
| 1742 | Ivabradinum | Bixebra, tabl., 7.5 mg | 56 szt. | 05909991286927 | 2021-11-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 96,00 | 103,68 | 109,90 | 123,83 | 105,46 | Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane | | ryczałt | 21,57 |
| 1743 | Ivabradinum | Ivabradine Anpharm, tabl. powl., 5 mg | 56 szt. | 05901878600772 | 2021-09-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 58,00 | 62,64 | 66,40 | 77,85 | 70,31 | Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane | | ryczałt | 10,74 |
| 1744 | Ivabradinum | Ivabradine Anpharm, tabl. powl., 5 mg | 56 szt. | 05909991264710 | 2023-01-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 62,82 | 67,85 | 71,92 | 83,37 | 70,31 | Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane | | ryczałt | 16,26 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 1745 | Ivabradinum | Ivabradine Anpharm, tabl. powl., 7.5 mg | 56 szt. | 05901878600789 | 2021-09-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 87,00 | 93,96 | 99,60 | 113,53 | 105,46 | Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane | | ryczałt | 11,27 |
| 1746 | Ivabradinum | Ivabradine Anpharm, tabl. powl., 7.5 mg | 56 szt. | 05909991264734 | 2023-01-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 94,30 | 101,84 | 107,96 | 121,89 | 105,46 | Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane | | ryczałt | 19,63 |
| 1747 | Ivabradinum | Ivabradine Aurovitas, tabl. powl., 5 mg | 56 szt. | 05909991348762 | 2024-01-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 60,25 | 65,07 | 68,98 | 80,43 | 70,31 | Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane | | ryczałt | 13,32 |
| 1748 | Ivabradinum | Ivabradine Mylan, tabl. powl., 5 mg | 56 szt. | 05909991322779 | 2024-01-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 57,00 | 61,56 | 65,25 | 76,70 | 70,31 | Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane | | ryczałt | 9,59 |
| 1749 | Ivabradinum | Ivabradine Mylan, tabl. powl., 7.5 mg | 56 szt. | 05909991322786 | 2024-01-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 85,50 | 92,34 | 97,88 | 111,81 | 105,46 | Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane | | ryczałt | 9,55 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 1750 | Ivabradinum | Ivabradine Ranbaxy, tabl. powl., 5 mg | 56 szt. | 05909991398606 | 2023-01-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 50,00 | 54,00 | 57,24 | 68,69 | 68,69 | Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane | | ryczałt | 3,20 |
| 1751 | Ivabradinum | Ivabradine Ranbaxy, tabl. powl., 7.5 mg | 56 szt. | 05909991398620 | 2023-01-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 75,00 | 81,00 | 85,86 | 99,79 | 99,79 | Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane | | ryczałt | 3,20 |
| 1752 | Ivabradinum | Ivabradine Zentiva, tabl. powl., 5 mg | 56 szt. | 05909991298586 | 2023-11-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 50,00 | 54,00 | 57,24 | 68,69 | 68,69 | Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane | | ryczałt | 3,20 |
| 1753 | Ivabradinum | Ivabradine Zentiva, tabl. powl., 7.5 mg | 56 szt. | 05909991298654 | 2023-11-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 75,00 | 81,00 | 85,86 | 99,79 | 99,79 | Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane | | ryczałt | 3,20 |
| 1754 | Ivabradinum | Ivohart, tabl. powl., 5 mg | 112 szt. | 05909991329822 | 2021-07-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 121,52 | 131,24 | 139,11 | 154,56 | 140,61 | Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane | | ryczałt | 17,93 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 1755 | Ivabradinum | Ivohart, tabl. powl., 5 mg | 56 szt. | 05909991329785 | 2021-07-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 60,76 | 65,62 | 69,56 | 81,01 | 70,31 | Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane | | ryczałt | 13,90 |
| 1756 | Ivabradinum | Ivohart, tabl. powl., 7.5 mg | 112 szt. | 05909991329891 | 2021-07-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 182,28 | 196,86 | 208,68 | 226,66 | 210,92 | Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane | | ryczałt | 21,71 |
| 1757 | Ivabradinum | Ivohart, tabl. powl., 7.5 mg | 56 szt. | 05909991329853 | 2021-07-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 91,14 | 98,43 | 104,34 | 118,27 | 105,46 | Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane | | ryczałt | 16,01 |
| 1758 | Ivabradinum | Raenom, tabl. powl., 5 mg | 56 szt. | 05909991307349 | 2023-09-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 53,00 | 57,24 | 60,67 | 72,12 | 70,31 | Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane | | ryczałt | 5,01 |
| 1759 | Ivabradinum | Raenom, tabl. powl., 7.5 mg | 56 szt. | 05909991307370 | 2023-09-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 79,50 | 85,86 | 91,01 | 104,94 | 104,94 | Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane | | ryczałt | 3,20 |
| 1760 | Kalii chloridum | Kalipoz prolongatum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 391 mg | 60 szt. | 05909990257539 | 2022-01-01 | 3 lata | 20.0, Produkty do doustnej suplementacji potasu | 5,27 | 5,69 | 6,23 | 8,76 | 8,76 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |

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

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

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 1781 | Lacidipinum | Lacipil, tabl. 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 |
| 1782 | 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 |
| 1783 | 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 |
| 1784 | 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 |
| 1785 | 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 |
| 1786 | 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 |
| 1787 | 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 |
| 1788 | 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 |
| 1789 | 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 |
| 1790 | 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 |

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

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 1800 | Lacosamidum | Lacosamide Teva, tabl. 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 |
| 1801 | 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 |
| 1802 | 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 |
| 1803 | 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 |
| 1804 | 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 |
| 1805 | 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 |
| 1806 | 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 |
| 1807 | 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 |
| 1808 | Lacosamidum | Vimpat, syrop, 10 mg/ml | 200 ml (but.) | 05909990935505 | 2021-09-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 244.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - płynne postacie farmaceutyczne | 100,00 | 108,00 | 114,48 | 129,55 | 129,55 | Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej w przypadku udokumentowanych przeciwwskazań do leczenia w formie stałych doustnych postaci farmaceutycznych | terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej w przypadku udokumentowanych przeciwwskazań do leczenia w formie stałych doustnych postaci farmaceutycznych | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 1809 | 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 |
| 1810 | 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 |
| 1811 | 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 |
| 1812 | 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 |
| 1813 | 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 |
| 1814 | 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 |
| 1815 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 1816 | 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 |
| 1817 | 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 |
| 1818 | 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 |
| 1819 | 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 |
| 1820 | 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 |
| 1821 | 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 |
| 1822 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 1823 | 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 |
| 1824 | Lanreotidum | Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg | 1 amp.-strz.po 0,5 ml | 05909991094614 | <1>2022-01-01/<2>2021-07-01/<3>2023-09-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15 | 79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu | 5240,97 | 5660,25 | 5822,25 | 5956,45 | 5956,45 | <1>Akromegalia | hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL | ryczałt | 4,27 |
| 1825 | Lanreotidum | Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg | 1 amp.-strz.po 0,5 ml | 05909991094614 | <1>2022-01-01/<2>2021-07-01/<3>2023-09-01 | 3 lata | 79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu | 5240,97 | 5660,25 | 5822,25 | 5956,45 | 5956,45 | <2>Leczenie objawów hipersekrecji występujących w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych | | ryczałt | 4,27 |
| 1826 | Lanreotidum | Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg | 1 amp.-strz.po 0,5 ml | 05909991094614 | <1>2022-01-01/<2>2021-07-01/<3>2023-09-01 | 3 lata | 79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu | 5240,97 | 5660,25 | 5822,25 | 5956,45 | 5956,45 | <3>Leczenie guzów neuroendokrynnych żołądkowo-jelitowo-trzustkowych GEP-NET G1 i części G2 (index Ki67 do maksymalnie 10%) środkowej części prajelita, trzustki, po wykluczeniu ognisk pierwotnych w końcowej części prajelita, u dorosłych pacjentów z nieoperacyjnymi guzami miejscowo zaawansowanymi lub z przerzutami | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 1827 | Lanreotidum | Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg | 1 amp.-strz.po 0,5 ml | 05909991094515 | <1>2022-01-01/<2>2021-07-01/<3>2023-09-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15 | 79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu | 3930,72 | 4245,18 | 4407,18 | 4512,26 | 4467,34 | <1>Akromegalia | hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL | ryczałt | 48,12 |
| 1828 | Lanreotidum | Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg | 1 amp.-strz.po 0,5 ml | 05909991094515 | <1>2022-01-01/<2>2021-07-01/<3>2023-09-01 | 3 lata | 79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu | 3930,72 | 4245,18 | 4407,18 | 4512,26 | 4467,34 | <2>Leczenie objawów hipersekrecji występujących w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych | | ryczałt | 48,12 |
| 1829 | Lanreotidum | Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg | 1 amp.-strz.po 0,5 ml | 05909991094515 | <1>2022-01-01/<2>2021-07-01/<3>2023-09-01 | 3 lata | 79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu | 3930,72 | 4245,18 | 4407,18 | 4512,26 | 4467,34 | <3>Leczenie guzów neuroendokrynnych żołądkowo-jelitowo-trzustkowych GEP-NET G1 i części G2 (index Ki67 do maksymalnie 10%) środkowej części prajelita, trzustki, po wykluczeniu ognisk pierwotnych w końcowej części prajelita, u dorosłych pacjentów z nieoperacyjnymi guzami miejscowo zaawansowanymi lub z przerzutami | | bezpłatny do limitu | 44,92 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych 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 | 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 |
| 1831 | 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 |
| 1832 | 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 |
| 1833 | 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 |
| 1834 | Latanoprostum | Akistan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml | 1 but.po 2,5 ml | 05909990995479 | 2021-05-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 21,25 | 22,95 | 24,33 | 31,83 | 31,65 | Jaskra | | ryczałt | 3,38 |
| 1835 | Latanoprostum | Akistan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml | 3 but.po 2,5 ml | 05909991189792 | 2021-07-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 63,75 | 68,85 | 72,99 | 86,49 | 86,49 | Jaskra | | ryczałt | 8,00 |
| 1836 | Latanoprostum | Latalux, krople do oczu, roztwór, 0.05 mg/ml | 1 but.po 2,5 ml | 05909990813582 | 2022-05-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 25,00 | 27,00 | 28,62 | 36,12 | 31,65 | Jaskra | | ryczałt | 7,67 |
| 1837 | Latanoprostum | Latanoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml | 1 but.po 2,5 ml | 05909990931873 | 2022-07-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 23,08 | 24,93 | 26,42 | 33,92 | 31,65 | Jaskra | | ryczałt | 5,47 |
| 1838 | Latanoprostum | Monoprost, krople do oczu, roztwór w pojemniku jednodawkowym, 50 µg/ml | 30 poj. | 05909991019693 | 2021-05-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 29,05 | 31,37 | 33,25 | 41,58 | 37,98 | Jaskra | | ryczałt | 6,80 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 1839 | Latanoprostum | Monoprost, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml | 90 szt. | 05909991019709 | 2024-04-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 87,00 | 93,96 | 99,60 | 113,93 | 113,93 | Jaskra | | ryczałt | 9,60 |
| 1840 | Latanoprostum | Rozaprost, krople do oczu, roztwór, 0.05 mg/1 ml | 1 but.po 2,5 ml | 05909990841448 | 2022-05-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 26,70 | 28,84 | 30,56 | 38,06 | 31,65 | Jaskra | | ryczałt | 9,61 |
| 1841 | Latanoprostum | Rozaprost, krople do oczu, roztwór, 0.05 mg/ml | 3 but.po 2,5 ml | 05900411001298 | 2022-07-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 77,00 | 83,16 | 88,15 | 101,65 | 94,94 | Jaskra | | ryczałt | 14,71 |
| 1842 | Latanoprostum | Rozaprost Mono, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml | 30 poj. | 05909991102883 | 2022-09-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 30,48 | 32,92 | 34,89 | 43,22 | 37,98 | Jaskra | | ryczałt | 8,44 |
| 1843 | Latanoprostum | Rozaprost Mono, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml | 90 poj. | 05909991102890 | 2022-07-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 92,99 | 100,43 | 106,46 | 120,79 | 113,93 | Jaskra | | ryczałt | 16,46 |
| 1844 | Latanoprostum | Xalatan, krople do oczu, roztwór, 0.05 mg/ml | 3 but.a 2,5 ml | 05909990411825 | 2022-05-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 72,50 | 78,30 | 83,00 | 96,50 | 94,94 | Jaskra | | ryczałt | 9,56 |
| 1845 | Latanoprostum | Xalatan, krople do oczu, roztwór, 0.05 mg/ml (0,005%) | 2,5 ml (but.) | 05909990411818 | 2022-01-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 26,00 | 28,08 | 29,76 | 37,26 | 31,65 | Jaskra | | ryczałt | 8,81 |
| 1846 | Latanoprostum | Xalofree, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml | 1 but.a 7,5 ml | 05900257102555 | 2022-11-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 72,50 | 78,30 | 83,00 | 96,50 | 94,94 | Jaskra | | ryczałt | 9,56 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 1847 | Latanoprostum | Xaloptic, krople do oczu, roztwór, 0.05 mg/ml | 2,5 ml (but.) | 05909990741311 | 2022-01-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 29,99 | 32,39 | 34,33 | 41,83 | 31,65 | Jaskra | | ryczałt | 13,38 |
| 1848 | Latanoprostum | Xaloptic, krople do oczu, roztwór, 0.05 mg/ml | 3 but.po 2,5 ml | 05903060601673 | 2022-03-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 80,25 | 86,67 | 91,88 | 105,38 | 94,94 | Jaskra | | ryczałt | 18,44 |
| 1849 | Latanoprostum | Xaloptic Free, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml | 30 szt. | 05909991220365 | 2022-11-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 31,96 | 34,52 | 36,59 | 44,92 | 37,98 | Jaskra | | ryczałt | 10,14 |
| 1850 | Latanoprostum | Xaloptic Free, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml | 90 szt. | 05909991220396 | 2022-11-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 95,89 | 103,56 | 109,77 | 124,10 | 113,93 | Jaskra | | ryczałt | 19,77 |
| 1851 | Latanoprostum + Timololum | Akistan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml | 1 but. po 2,5 ml | 05909991429249 | 2021-05-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 21,25 | 22,95 | 24,33 | 31,83 | 31,65 | Jaskra | | ryczałt | 3,38 |
| 1852 | Latanoprostum + Timololum | Akistan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml | 3 but.po 2,5 ml | 05909991429256 | 2021-05-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 63,75 | 68,85 | 72,99 | 86,49 | 86,49 | Jaskra | | ryczałt | 8,00 |
| 1853 | Latanoprostum + Timololum | Latacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml | 1 but.po 2,5 ml | 05909990879687 | 2022-11-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 29,95 | 32,35 | 34,29 | 41,79 | 31,65 | Jaskra | | ryczałt | 13,34 |
| 1854 | Latanoprostum + Timololum | Latacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml | 3 but.po 2,5 ml | 05906414000948 | 2022-01-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 62,99 | 68,03 | 72,11 | 85,61 | 85,61 | Jaskra | | ryczałt | 8,00 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 1855 | Latanoprostum + Timololum | Latanoprost Timolol Genoptim, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml | 1 but. po 2,5 ml | 05909991306649 | 2024-01-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 20,32 | 21,95 | 23,26 | 30,76 | 30,76 | Jaskra | | ryczałt | 3,20 |
| 1856 | Latanoprostum + Timololum | Tilaprox, krople do oczu, 50+5 µg/ml + mg/ml | 2,5 ml | 05909990946587 | 2024-04-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 25,59 | 27,64 | 29,30 | 36,80 | 31,65 | Jaskra | | ryczałt | 8,35 |
| 1857 | Latanoprostum + Timololum | Xalacom, krople do oczu, roztwór, 0,05+5 mg/ml | 2,5 ml (but.) | 05909991057213 | 2022-01-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 28,46 | 30,74 | 32,58 | 40,08 | 31,65 | Jaskra | | ryczałt | 11,63 |
| 1858 | Latanoprostum + Timololum | Xalacom, krople do oczu, roztwór, 0,05+5 mg/ml | 3 but.a 2,5 ml | 05415062343609 | 2022-05-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 62,34 | 67,33 | 71,37 | 84,87 | 84,87 | Jaskra | | ryczałt | 8,00 |
| 1859 | Latanoprostum + Timololum | Xaloptic Combi, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml | 1 but.po 2,5 ml | 05909990894543 | 2022-03-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 30,00 | 32,40 | 34,34 | 41,84 | 31,65 | Jaskra | | ryczałt | 13,39 |
| 1860 | Latanoprostum + Timololum | Xaloptic Combi, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml | 3 but.po 2,5 ml | 05903060606630 | 2024-04-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 71,95 | 77,71 | 82,37 | 95,87 | 94,94 | Jaskra | | ryczałt | 8,93 |
| 1861 | Leflunomidum | Arava, tabl. 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 |
| 1862 | 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 |
| 1863 | Leflunomidum | Arava, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05903792743399 | 2021-07-01 - dla kolumny 14, 2021-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid | 83,00 | 89,64 | 95,02 | 109,41 | 109,41 | Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów | młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 1864 | Leflunomidum | Arava, tabl. 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 |
| 1865 | 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 |
| 1866 | 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 |
| 1867 | 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 |
| 1868 | 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 |
| 1869 | 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 |
| 1870 | 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 |
| 1871 | 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 |
| 1872 | 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 |
| 1873 | 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 |
| 1874 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 1875 | Letrozolum | Aromek, tabl. 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 |
| 1876 | 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 | 45,00 | 48,60 | 51,52 | 61,54 | 56,72 | Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii | 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 |
| 1877 | 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 |
| 1878 | 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 |
| 1879 | 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 |
| 1880 | 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 |
| 1881 | 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 |
| 1882 | 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 |
| 1883 | Leuprorelinum | Eligard 22,5 mg, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 22.5 mg | 1 zest. (tacki) | 05909990075751 | 2021-11-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę | 552,47 | 596,67 | 632,47 | 659,45 | 565,55 | Nowotwory złośliwe - Rak prostaty | obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu | ryczałt | 103,50 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 1884 | Leuprorelinum | Eligard 45 mg, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 45 mg | 1 zest. (2 strz.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 |
| 1885 | Leuprorelinum | Leuprostin, implant, 3.6 mg | 1 implant | 05909990836246 | 2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę | 176,00 | 190,08 | 201,48 | 219,11 | 188,52 | Nowotwory złośliwe - Rak prostaty | obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu | ryczałt | 33,79 |
| 1886 | Leuprorelinum | Leuprostin, implant, 5 mg | 1 implant | 05909990836277 | 2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę | 478,90 | 517,21 | 548,24 | 575,22 | 565,55 | Nowotwory złośliwe - Rak prostaty | obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu | ryczałt | 19,27 |
| 1887 | Leuprorelinum | Librexa, implant w amp.-strzyk., 11.25 mg | 1 amp.-strzyk. | 05906720536582 | 2021-09-01 - dla kolumny 14, 2021-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę | 459,00 | 495,72 | 525,46 | 552,44 | 552,44 | Nowotwory złośliwe - Rak prostaty | obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu | ryczałt | 9,60 |
| 1888 | Levetiracetamum | Cezarius, roztwór doustny, 100 mg/ml | 300 ml | 05909990928149 | 2024-01-01 | 3 lata | 166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne | 54,85 | 59,24 | 62,79 | 74,42 | 74,42 | Padaczka | | ryczałt | 3,20 |
| 1889 | 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 |
| 1890 | 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 |
| 1891 | 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 |
| 1892 | 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 |
| 1893 | Levetiracetamum | Keppra, roztwór doustny, 100 mg/ml | 1 butelka 300 ml + 1 strzykawka 10 ml | 05909990006755 | 2022-01-01 | 3 lata | 166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne | 84,96 | 91,76 | 97,26 | 108,89 | 74,42 | Padaczka oporna na leczenie | | ryczałt | 37,67 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 1894 | Levetiracetamum | Levebon, tabl. 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 |
| 1895 | 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 |
| 1896 | Levetiracetamum | Levetiracetam Accord, roztwór doustny, 100 mg/ml | 1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml | 05909991374501 | 2023-09-01 | 3 lata | 166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne | 54,00 | 58,32 | 61,82 | 73,45 | 73,45 | Padaczka | | ryczałt | 3,20 |
| 1897 | 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 |
| 1898 | 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 |
| 1899 | Levetiracetamum | Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 250 mg | 100 szt. | 05909990921522 | 2021-09-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 18,31 | 19,77 | 20,96 | 27,46 | 24,37 | Padaczka | | ryczałt | 6,29 |
| 1900 | 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 |
| 1901 | 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 |
| 1902 | 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 |
| 1903 | Levetiracetamum | Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 750 mg | 100 szt. | 05909990921676 | 2021-09-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 54,96 | 59,36 | 62,92 | 74,57 | 73,12 | Padaczka | | ryczałt | 6,78 |
| 1904 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 1905 | Levetiracetamum | Levetiracetam Aurovitas, tabl. 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 |
| 1906 | 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 |
| 1907 | 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 |
| 1908 | 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 |
| 1909 | Levetiracetamum | Levetiracetam NeuroPharma, roztwór doustny, 100 mg/ml | 300 ml (but.) | 05909990958672 | 2021-05-01 | 3 lata | 166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne | 52,00 | 56,16 | 59,53 | 71,16 | 71,16 | Padaczka | | ryczałt | 3,20 |
| 1910 | 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 |
| 1911 | 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 |
| 1912 | 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 |
| 1913 | 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 |
| 1914 | 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 |
| 1915 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 1916 | 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 |
| 1917 | 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 |
| 1918 | 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 |
| 1919 | 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 |
| 1920 | 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 |
| 1921 | 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 |
| 1922 | 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 |
| 1923 | 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 |
| 1924 | 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 |
| 1925 | 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 |
| 1926 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 1927 | Levetiracetamum | Polkepral, tabl. 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 |
| 1928 | 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 |
| 1929 | 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 |
| 1930 | 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 |
| 1931 | 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 |
| 1932 | 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 |
| 1933 | 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 |
| 1934 | 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 |
| 1935 | Levetiracetamum | Vetira, roztwór doustny , 100 mg/ml | 1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml | 05909990935901 | 2023-11-01 | 3 lata | 166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne | 54,85 | 59,24 | 62,79 | 74,42 | 74,42 | Padaczka | | ryczałt | 3,20 |
| 1936 | Levetiracetamum | Vetira, roztwór doustny, 100 mg/ml | 150 ml | 05909990935895 | 2024-04-01 | 3 lata | 166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne | 27,58 | 29,79 | 31,57 | 39,63 | 37,21 | Padaczka | | ryczałt | 5,62 |
| 1937 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 1938 | 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 |
| 1939 | 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 |
| 1940 | 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 |
| 1941 | Levocetirizine | Zyx, tabl. powl., 5 mg | 56 szt. | 05907695215014 | 2021-07-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 24,50 | 26,46 | 28,05 | 34,18 | 25,12 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 16,60 |
| 1942 | Levocetirizini dihydrochloridum | Alergimed, tabl. 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 |
| 1943 | 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 |
| 1944 | Levocetirizini dihydrochloridum | Cezera, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909990656936 | 2021-07-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 13,00 | 14,04 | 14,88 | 18,58 | 12,56 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 9,79 |
| 1945 | Levocetirizini dihydrochloridum | Cezera, tabl. 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 |
| 1946 | 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 |
| 1947 | 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 |
| 1948 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 1949 | Levocetirizini dihydrochloridum | Contrahist, roztwór doustny, 0.5 mg/ml | 1 but.po 200 ml | 05909990904099 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 16,58 | 17,91 | 18,98 | 24,44 | 22,78 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 7,64 |
| 1950 | 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 |
| 1951 | 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 |
| 1952 | 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 |
| 1953 | Levocetirizini dihydrochloridum | Lirra, roztwór doustny, 0.5 mg/ml | 1 but.po 200 ml | 05902020241713 | 2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 15,16 | 16,37 | 17,36 | 22,82 | 22,78 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 6,87 |
| 1954 | Levocetirizini dihydrochloridum | Lirra, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909990790807 | 2021-05-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 9,05 | 9,77 | 10,36 | 14,06 | 12,56 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 5,27 |
| 1955 | 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 |
| 1956 | 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 |
| 1957 | 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 |
| 1958 | Levocetirizini dihydrochloridum | Xyzal 0,5 mg/ml roztwór doustny, roztwór doustny, 0.5 mg/ml | 1 but.po 200 ml | 05909991358105 | 2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 15,36 | 16,59 | 17,58 | 23,04 | 22,78 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 7,09 |
| 1959 | Levocetirizini dihydrochloridum | Xyzal 0,5 mg/ml roztwór doustny, roztwór doustny, 0.5 mg/ml | 1 but.po 200 ml | 05909990619627 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 17,94 | 19,38 | 20,54 | 26,00 | 22,78 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 10,05 |

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

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 1969 | Levodopum + Benserazidum | Madopar HBS, kaps., 100+25 mg | 100 szt. | 05909990377510 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>9 miesięcy - dla kolumny 15 | 168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy | 39,30 | 42,44 | 44,99 | 53,15 | 40,21 | Choroba i zespół Parkinsona | <1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny | ryczałt | 16,14 |
| 1970 | Levodopum + Benserazidum | Xevoben, tabl., 100+25 mg | 100 szt. | 05905701070206 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy | 28,00 | 30,24 | 32,05 | 40,21 | 40,21 | Choroba i zespół Parkinsona | <1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny | ryczałt | 3,20 |
| 1971 | Levodopum + Benserazidum | Xevoben, tabl., 200+50 mg | 100 szt. | 05905701070237 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy | 56,00 | 60,48 | 64,11 | 75,87 | 75,87 | Choroba i zespół Parkinsona | <1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny | ryczałt | 3,56 |
| 1972 | Levodopum + Benserazidum | Xevoben, tabl., 50+12,5 mg | 100 szt. | 05905701070145 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy | 14,00 | 15,12 | 16,03 | 21,39 | 20,10 | Choroba i zespół Parkinsona | <1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny | ryczałt | 4,49 |
| 1973 | Levodopum + Benserazidum | Xevoben XR, kaps. o 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 |
| 1974 | Levodopum + Carbidopum | Nakom, tabl., 250+25 mg | 100 szt. | 05909990175215 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>9 miesięcy - dla kolumny 15 | 168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy | 59,00 | 63,72 | 67,54 | 80,90 | 80,90 | Choroba i zespół Parkinsona | <1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny | ryczałt | 4,44 |
| 1975 | Levodopum + Carbidopum | Nakom Mite, tabl., 100+25 mg | 100 szt. | 05909990175314 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>9 miesięcy - dla kolumny 15 | 168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy | 36,00 | 38,88 | 41,21 | 49,37 | 40,21 | Choroba i zespół Parkinsona | <1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny | ryczałt | 12,36 |
| 1976 | Levomepromazinum | Tisercin, tabl. 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 |
| 1977 | 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 |
| 1978 | 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 |
| 1979 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 1980 | Levothyroxinum natricum | Althyxin, tabl., 125 µg | 50 szt. | 05909991439712 | 2022-09-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 5,94 | 6,42 | 6,96 | 9,97 | 9,97 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 4,44 |
| 1981 | Levothyroxinum natricum | Althyxin, tabl., 150 µg | 100 szt. | 05909991439743 | 2022-09-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 14,26 | 15,40 | 16,33 | 22,24 | 22,24 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 10,67 |
| 1982 | Levothyroxinum natricum | Althyxin, tabl., 150 µg | 50 szt. | 05909991439736 | 2022-09-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 7,13 | 7,70 | 8,24 | 11,79 | 11,79 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 5,33 |
| 1983 | Levothyroxinum natricum | Althyxin, tabl., 175 µg | 50 szt. | 05909991439750 | 2022-09-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 8,32 | 8,99 | 9,53 | 13,54 | 13,54 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 6,22 |
| 1984 | Levothyroxinum natricum | Althyxin, tabl., 200 µg | 50 szt. | 05909991439774 | 2022-09-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 9,50 | 10,26 | 10,88 | 15,27 | 15,27 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 7,11 |
| 1985 | Levothyroxinum natricum | Althyxin, tabl., 75 µg | 100 szt. | 05909991439682 | 2022-09-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 7,13 | 7,70 | 8,24 | 11,79 | 11,79 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 5,33 |
| 1986 | Levothyroxinum natricum | Althyxin, tabl., 75 µg | 50 szt. | 05909991439675 | 2022-09-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 3,56 | 3,84 | 4,38 | 6,33 | 6,28 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 3,25 |
| 1987 | Levothyroxinum natricum | Eferox, tabl., 100 µg | 100 szt. | 05909991431914 | 2021-07-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 9,55 | 10,31 | 10,93 | 15,32 | 15,32 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 7,11 |
| 1988 | Levothyroxinum natricum | Eferox, tabl., 100 µg | 50 szt. | 05909991431907 | 2021-07-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 4,77 | 5,15 | 5,69 | 8,17 | 8,17 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 3,56 |
| 1989 | Levothyroxinum natricum | Eferox, tabl., 50 µg | 100 szt. | 05909991431891 | 2021-07-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 4,77 | 5,15 | 5,69 | 8,17 | 8,17 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 3,56 |
| 1990 | Levothyroxinum natricum | Eferox, tabl., 50 µg | 50 szt. | 05909991431884 | 2021-07-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 2,38 | 2,57 | 3,11 | 4,53 | 4,19 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 3,54 |
| 1991 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 100, tabl., 100 µg | 100 szt. | 05909991051426 | 2022-01-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 10,84 | 11,71 | 12,41 | 16,80 | 16,75 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 7,16 |
| 1992 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 100, tabl., 100 µg | 50 szt. | 05909991051419 | 2022-01-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 5,89 | 6,36 | 6,90 | 9,38 | 8,38 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 4,56 |
| 1993 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 112 µg, tabl., 112 µg | 50 szt. | 05909990719006 | 2022-01-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 6,35 | 6,86 | 7,40 | 10,14 | 9,38 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 4,74 |
| 1994 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 125, tabl., 125 µg | 100 szt. | 05909991051525 | 2022-01-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 13,55 | 14,63 | 15,51 | 20,66 | 20,66 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 8,89 |
| 1995 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 125, tabl., 125 µg | 50 szt. | 05909991051518 | 2022-01-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 6,81 | 7,35 | 7,89 | 10,90 | 10,47 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 4,87 |
| 1996 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 137 µg, tabl., 137 µg | 50 szt. | 05909990719037 | 2022-01-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 7,07 | 7,64 | 8,18 | 11,45 | 11,45 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 4,87 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 1997 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 150, tabl., 150 µg | 100 szt. | 05909991051624 | 2022-01-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 14,56 | 15,72 | 16,66 | 22,57 | 22,57 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 10,67 |
| 1998 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 150, tabl., 150 µg | 50 szt. | 05909991051617 | 2022-01-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 7,70 | 8,32 | 8,86 | 12,41 | 12,41 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 5,33 |
| 1999 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 175, tabl., 175 µg | 50 szt. | 05909991051716 | 2022-01-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 9,30 | 10,04 | 10,65 | 14,66 | 14,66 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 6,22 |
| 2000 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 200, tabl., 200 µg | 50 szt. | 05909991051815 | 2022-01-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 10,16 | 10,97 | 11,63 | 16,02 | 16,02 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 7,11 |
| 2001 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 25, tabl., 25 µg | 100 szt. | 05909991051129 | 2022-01-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 6,99 | 7,55 | 8,09 | 9,51 | 4,19 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 8,52 |
| 2002 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 25, tabl., 25 µg | 50 szt. | 05909991051112 | 2022-01-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 5,00 | 5,40 | 5,94 | 6,82 | 2,09 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 6,82 |
| 2003 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 50, tabl., 50 µg | 100 szt. | 05909991051228 | 2022-01-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 9,83 | 10,62 | 11,25 | 13,73 | 8,38 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 8,91 |
| 2004 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 50, tabl., 50 µg | 50 szt. | 05909991051211 | 2022-01-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 5,28 | 5,70 | 6,24 | 7,66 | 4,19 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 6,67 |
| 2005 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 75, tabl., 75 µg | 100 szt. | 05909991051327 | 2022-01-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 10,23 | 11,05 | 11,71 | 15,26 | 12,57 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 8,02 |
| 2006 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 75, tabl., 75 µg | 50 szt. | 05909991051310 | 2022-01-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 5,80 | 6,26 | 6,80 | 8,75 | 6,28 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 5,67 |
| 2007 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 88 µg, tabl., 88 µg | 50 szt. | 05909990718986 | 2022-01-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 6,04 | 6,52 | 7,06 | 9,28 | 7,37 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 5,11 |
| 2008 | Levothyroxinum natricum | Letrox 100, tabl., 100 µg | 50 szt. | 05909990168910 | 2022-01-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 5,10 | 5,51 | 6,05 | 8,53 | 8,38 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 3,71 |
| 2009 | Levothyroxinum natricum | Letrox 125 mikrogramów, tabl., 125 µg | 50 szt. | 05909991107307 | 2022-07-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 5,97 | 6,45 | 6,99 | 10,00 | 10,00 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 4,44 |
| 2010 | Levothyroxinum natricum | Letrox 150, tabl., 150 µg | 50 szt. | 05909990820610 | 2022-01-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 7,30 | 7,88 | 8,42 | 11,97 | 11,97 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 5,33 |
| 2011 | Levothyroxinum natricum | Letrox 50, tabl., 50 µg | 50 szt. | 05909990374014 | 2022-01-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 4,80 | 5,18 | 5,72 | 7,14 | 4,19 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 6,15 |
| 2012 | Levothyroxinum natricum | Letrox 75 mikrogramów, tabl., 75 µg | 50 szt. | 05909991107260 | 2022-07-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 4,60 | 4,97 | 5,51 | 7,46 | 6,28 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 4,38 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 2013 | Lisinoprilum | LisiHEXAL 10, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991013417 | 2022-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 6,75 | 7,29 | 7,83 | 9,64 | 5,58 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 7,26 |
| 2014 | Lisinoprilum | LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg | 30 szt. | 05909991357337 | 2021-11-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 9,45 | 10,21 | 10,82 | 14,10 | 11,17 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 9,33 |
| 2015 | Lisinoprilum | LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg | 30 szt. | 05909991365691 | 2021-11-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 9,50 | 10,26 | 10,88 | 14,16 | 11,17 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 9,39 |
| 2016 | Lisinoprilum | LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg | 30 szt. | 05909991013516 | 2022-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 13,50 | 14,58 | 15,45 | 18,73 | 11,17 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 13,96 |
| 2017 | Lisinoprilum | LisiHEXAL 5, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909991013318 | 2022-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 3,38 | 3,65 | 4,19 | 5,27 | 2,79 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 5,27 |
| 2018 | Lisinoprilum | Lisinoratio 10, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990939817 | 2022-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 9,00 | 9,72 | 10,30 | 12,11 | 5,58 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 9,73 |
| 2019 | Lisinoprilum | Lisinoratio 20, tabl., 20 mg | 30 szt. | 05909991427160 | 2023-09-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 9,40 | 10,15 | 10,76 | 14,04 | 11,17 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 9,27 |
| 2020 | Lisinoprilum | Lisinoratio 20, tabl., 20 mg | 30 szt. | 05909990939916 | 2022-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 14,50 | 15,66 | 16,60 | 19,88 | 11,17 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 15,11 |
| 2021 | Lisinoprilum | Lisinoratio 5, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990939718 | 2022-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 6,00 | 6,48 | 7,02 | 8,10 | 2,79 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 8,10 |
| 2022 | Lisinoprilum | Lisiprol, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909990682447 | 2022-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 9,30 | 10,04 | 10,65 | 12,37 | 5,21 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 10,36 |
| 2023 | Lisinoprilum | Lisiprol, tabl., 20 mg | 28 szt. | 05909990682461 | 2022-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 14,80 | 15,98 | 16,95 | 20,03 | 10,43 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 15,57 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 2024 | Lisinoprilum | Lisiprol, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909990682409 | 2022-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 6,00 | 6,48 | 7,02 | 8,05 | 2,61 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 8,05 |
| 2025 | Lisinoprilum | Ranopril, tabl., 10 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909991133122 | 2022-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 6,80 | 7,34 | 7,88 | 9,60 | 5,21 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 7,59 |
| 2026 | Lisinoprilum | Ranopril, tabl., 20 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909991133023 | 2022-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 12,50 | 13,50 | 14,31 | 17,39 | 10,43 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 12,93 |
| 2027 | Lisinoprilum | Ranopril, tabl., 5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909991132927 | 2022-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 3,40 | 3,67 | 4,21 | 5,24 | 2,61 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 5,24 |
| 2028 | Lisinoprilum + Amlodipinum | Dironorm, tabl., 10+5 mg | 30 szt. | 05909990701803 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 12,30 | 13,28 | 14,08 | 15,89 | 5,58 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | ryczałt | 13,51 |
| 2029 | Lisinoprilum + Amlodipinum | Dironorm, tabl., 20+10 mg | 30 szt. | 05909990761685 | 2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 18,70 | 20,20 | 21,41 | 24,69 | 11,17 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | ryczałt | 19,92 |
| 2030 | Lisinoprilum + Amlodipinum | Dironorm, tabl., 20+5 mg | 30 szt. | 05909990970520 | 2021-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 17,00 | 18,36 | 19,46 | 22,74 | 11,17 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | ryczałt | 17,97 |
| 2031 | Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum | Lisiprol HCT, tabl., 10+12,5 mg | 30 szt. | 05909990708352 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 11,60 | 12,53 | 13,28 | 15,09 | 5,58 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | ryczałt | 11,44 |
| 2032 | Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum | Lisiprol HCT, tabl., 20+12,5 mg | 30 szt. | 05909990708369 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 16,60 | 17,93 | 19,01 | 22,29 | 11,17 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | ryczałt | 15,77 |
| 2033 | Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum | Lisiprol HCT, tabl., 20+25 mg | 28 szt. | 05909991167714 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 15,60 | 16,85 | 17,86 | 20,94 | 10,43 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | ryczałt | 14,83 |
| 2034 | Lithii carbonas | Lithium Carbonicum GSK, tabl., 250 mg | 60 szt. | 05909990148714 | 2022-01-01 | 3 lata | 180.0, Leki przeciwpsychotyczne - Lit do podawania doustnego w postaci węglanu | 10,00 | 10,80 | 11,45 | 15,66 | 15,66 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 2035 | 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 |
| 2036 | Loratadinum | Flonidan, zawiesina doustna, 1 mg/ml | 120 ml | 05909990739318 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 8,60 | 9,29 | 9,85 | 13,65 | 13,65 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia | 30% | 4,10 |
| 2037 | Loratadinum | Flonidan, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990739233 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 11,10 | 11,99 | 12,71 | 16,62 | 13,46 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia | 30% | 7,20 |
| 2038 | Loratadinum | Flonidan, tabl., 10 mg | 60 szt. | 05909990223343 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 22,15 | 23,92 | 25,36 | 31,78 | 26,91 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia | 30% | 12,94 |
| 2039 | Loratadinum | Flonidan, tabl., 10 mg | 90 szt. | 05909990223350 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 35,40 | 38,23 | 40,52 | 48,48 | 40,37 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia | 30% | 20,22 |
| 2040 | Loratadinum | Loratadyna Galena, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990795420 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 11,20 | 12,10 | 12,82 | 16,73 | 13,46 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia | 30% | 7,31 |
| 2041 | Loratadinum | Loratadyna Galena, tabl., 10 mg | 60 szt. | 05909990670253 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 22,14 | 23,91 | 25,35 | 31,77 | 26,91 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia | 30% | 12,93 |
| 2042 | Loratadinum | Loratadyna Galena, tabl., 10 mg | 90 szt. | 05909990670260 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 33,30 | 35,96 | 38,12 | 46,08 | 40,37 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia | 30% | 17,82 |
| 2043 | Loratadinum | Loratan, kaps. miękkie, 10 mg | 30 szt. | 05909990909049 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 11,50 | 12,42 | 13,17 | 17,08 | 13,46 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia | 30% | 7,66 |
| 2044 | Loratadinum | Loratan, syrop, 5 mg/5 ml | 125 ml | 05909990839018 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 11,00 | 11,88 | 12,59 | 16,51 | 14,24 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia | 30% | 6,54 |
| 2045 | Losartan potassium | Losacor, tabl. powl., 50 mg | 30 szt. | 05909991055110 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,70 | 11,56 | 12,25 | 15,61 | 11,46 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | 30% | 7,59 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 2046 | 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 |
| 2047 | 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 |
| 2048 | 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 |
| 2049 | 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 |
| 2050 | 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 |
| 2051 | 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 |
| 2052 | 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 |
| 2053 | 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 |
| 2054 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 2055 | Losartanum kalicum | Losartic, tabl. powl., 50 mg | 28 szt. | 05909990621439 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 9,45 | 10,21 | 10,82 | 13,98 | 10,70 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | 30% | 6,49 |
| 2056 | Losartanum kalicum | Lozap 50, tabl. 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 |
| 2057 | 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 |
| 2058 | 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 |
| 2059 | 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 |
| 2060 | 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 |
| 2061 | 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 |
| 2062 | 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 |
| 2063 | 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 |
| 2064 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 2065 | Losartanum kalicum + Amlodipinum | Alortia, tabl. 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 |
| 2066 | 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 |
| 2067 | 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 |
| 2068 | 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 |
| 2069 | 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 |
| 2070 | 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 |
| 2071 | 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 |
| 2072 | 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 |
| 2073 | 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 |
| 2074 | 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 |
| 2075 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 2076 | Lovastatin | Liprox, tabl., 20 mg | 28 szt. | 05909990842315 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 11,65 | 12,58 | 13,34 | 14,64 | 3,50 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 12,19 |
| 2077 | Lovastatinum | Lovasterol, tabl., 20 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990422159 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 12,00 | 12,96 | 13,74 | 15,04 | 3,50 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 11,33 |
| 2078 | Lurasidonum | Latuda, tabl. powl., 18.5 mg | 28 szt. | 05909991108670 | 2022-09-01 | 2 lata | 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 |
| 2079 | Lurasidonum | Latuda, tabl. powl., 37 mg | 28 szt. | 05909991108762 | 2022-09-01 | 2 lata | 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 |
| 2080 | Lurasidonum | Latuda, tabl. powl., 74 mg | 28 szt. | 05909991108878 | 2022-09-01 | 2 lata | 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 |
| 2081 | Mazipredonum + Miconazoli nitras | Mycosolon, maść, 20+2,5 mg/g | 15 g | 05909990129812 | 2022-01-01 | 3 lata | 49.0, Mikonazol w skojarzeniu z mazipredonem - do stosowania na skórę | 16,00 | 17,28 | 18,32 | 24,25 | 24,25 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 12,13 |
| 2082 | 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 |
| 2083 | 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 |
| 2084 | 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 |
| 2085 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 2086 | Medroxyprogesteroni 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 |
| 2087 | Megestroli acetas | Cachexan, zawiesina doustna, 40 mg/ml | 240 ml | 05909990614608 | 2022-01-01 | 3 lata | 128.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - progestogeny - megestrol do podawania doustnego - postacie płynne | 113,00 | 122,04 | 129,36 | 144,89 | 139,17 | Nowotwory złośliwe | | ryczałt | 12,12 |
| 2088 | 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 |
| 2089 | 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 |
| 2090 | 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 |
| 2091 | Meloxicam | Aspicam, tabl., 15 mg | 60 szt. | 05907695215168 | 2021-07-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 18,80 | 20,30 | 21,52 | 28,16 | 28,16 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 14,08 |
| 2092 | Meloxicamum | Aglan 15, tabl., 15 mg | 20 szt. | 05909990224883 | 2022-07-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 7,50 | 8,10 | 8,64 | 11,55 | 10,22 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 6,44 |
| 2093 | Meloxicamum | Aglan 15, tabl., 15 mg | 30 szt. | 05909990610006 | 2022-07-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 9,75 | 10,53 | 11,17 | 15,26 | 15,26 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 7,63 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych 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 | Meloxicamum | Aspicam, tabl., 15 mg | 20 szt. | 05909990997527 | 2022-03-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 8,70 | 9,40 | 9,96 | 12,87 | 10,22 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 7,76 |
| 2095 | Meloxicamum | Mel Forte, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 20 szt. | 05909991228262 | 2022-09-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 6,20 | 6,70 | 7,24 | 10,15 | 10,15 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 5,08 |
| 2096 | Meloxicamum | Mel Forte, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 30 szt. | 05909991228279 | 2022-09-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 9,00 | 9,72 | 10,30 | 14,39 | 14,39 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 7,20 |
| 2097 | Meloxicamum | Meloxistad, tabl. 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 |
| 2098 | Meloxicamum | Movalis, tabl., 15 mg | 10 szt. | 05909990464425 | 2022-01-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 5,36 | 5,79 | 6,33 | 7,96 | 5,11 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 5,41 |
| 2099 | Meloxicamum | Movalis, tabl., 15 mg | 20 szt. | 05909990464418 | 2022-01-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 9,50 | 10,26 | 10,88 | 13,79 | 10,22 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 8,68 |
| 2100 | Meloxicamum | Opokan forte, tabl., 15 mg | 10 szt. | 05909990612406 | 2022-03-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 3,25 | 3,51 | 4,05 | 5,68 | 5,11 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 3,13 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 2101 | Meloxicamum | Opokan forte, tabl., 15 mg | 30 szt. | 05909990612420 | 2022-03-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 9,00 | 9,72 | 10,30 | 14,39 | 14,39 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 7,20 |
| 2102 | Meloxicamum | Remolexam, tabl., 15 mg | 20 szt. | 05909991343354 | 2022-01-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 5,90 | 6,37 | 6,91 | 9,82 | 9,82 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 4,91 |
| 2103 | Melphalanum | Alkeran, tabl.powl., 2 mg | 25 szt. | 05909990283514 | 2022-11-01 | 3 lata | 235.0, Leki przeciwnowotworowe - leki alkilujące - melfalan | 92,00 | 99,36 | 105,32 | 119,94 | 119,94 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2104 | Menotropinum | Menopur, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1200 j.m. FSH + 1200 j.m. LH | 1 fiol. z proszkiem + 2 amp.-strz.po 1ml | 05909990812905 | 2021-07-01 | 3 lata | 69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny | 1186,60 | 1281,53 | 1358,42 | 1399,71 | 1223,99 | Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH i FSH – refundacja do 3 cykli | | ryczałt | 178,92 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 2105 | Menotropinum | Menopur, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 600 j.m. FSH + 600 j.m. LH | 1 fiol. z proszkiem + 1 amp.-strz.po 1ml | 05909990812981 | 2021-07-01 | 3 lata | 69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny | 585,00 | 631,80 | 669,71 | 698,84 | 612,01 | Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH i FSH – refundacja do 3 cykli | | ryczałt | 90,03 |
| 2106 | Menotropinum | Mensinorm, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 150 j.m. | 1 fiol.z proszkiem + 1 amp-strz.z rozpuszczalnikiem | 05909991219338 | 2024-04-01 | 3 lata | 69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny | 138,00 | 149,04 | 157,98 | 174,69 | 153,01 | Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli | | ryczałt | 24,88 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 2107 | Menotropinum | Mensinorm, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 75 j.m. | 1 fiol.z proszkiem + 1 amp-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 | | ryczałt | 18,40 |
| 2108 | Mercaptopurinum | Mercaptopurinum VIS, tabl., 50 mg | 30 szt. | 05909990186112 | 2022-01-01 | 3 lata | 230.0, Leki przeciwnowotworowe antymetabolity - merkaptopuryna | 38,00 | 41,04 | 43,50 | 53,20 | 53,20 | Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | | ryczałt | 3,20 |
| 2109 | Mercaptopurinum | Mercaptopurinum VIS, tabl., 50 mg | 30 szt. | 05909990186112 | 2022-01-01 | 3 lata | 230.0, Leki przeciwnowotworowe antymetabolity - merkaptopuryna | 38,00 | 41,04 | 43,50 | 53,20 | 53,20 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2110 | Mesalazinum | Asamax 250, tabl. dojel., 250 mg | 100 szt. | 05909991084011 | 2022-01-01 | 3 lata | 12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego | 35,89 | 38,76 | 41,08 | 49,45 | 37,46 | Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | | ryczałt | 15,19 |
| 2111 | Mesalazinum | Asamax 250, czopki, 250 mg | 30 szt. | 05909991083816 | 2022-01-01 | 3 lata | 12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne | 35,00 | 37,80 | 40,07 | 45,93 | 21,17 | Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | | ryczałt | 27,96 |
| 2112 | Mesalazinum | Asamax 500, tabl. dojel., 500 mg | 100 szt. | 05909991084110 | 2022-01-01 | 3 lata | 12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego | 58,45 | 63,13 | 66,92 | 78,96 | 74,91 | Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | | ryczałt | 7,61 |
| 2113 | Mesalazinum | Asamax 500, czopki, 500 mg | 30 szt. | 05909991083915 | 2022-01-01 | 3 lata | 12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne | 70,00 | 75,60 | 80,14 | 88,90 | 42,34 | Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | | ryczałt | 49,76 |
| 2114 | Mesalazinum | Crohnax, czopki, 1000 mg | 14 szt. | 05907529109908 | 2022-03-01 | 3 lata | 12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne | 35,35 | 38,18 | 40,47 | 48,87 | 39,52 | Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | | ryczałt | 12,55 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 2115 | Mesalazinum | Crohnax, czopki, 1000 mg | 15 szt. | 05907529110003 | 2022-07-01 | 3 lata | 12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne | 31,63 | 34,16 | 36,21 | 44,97 | 42,34 | Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | | ryczałt | 5,83 |
| 2116 | Mesalazinum | Crohnax, czopki, 1000 mg | 28 szt. | 05907529110010 | 2022-03-01 | 3 lata | 12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne | 65,30 | 70,52 | 74,76 | 86,84 | 79,03 | Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | | ryczałt | 11,01 |
| 2117 | Mesalazinum | Crohnax, czopki, 1000 mg | 30 szt. | 05907529110027 | 2022-07-01 | 3 lata | 12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne | 63,25 | 68,31 | 72,41 | 84,97 | 84,68 | Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | | ryczałt | 3,49 |
| 2118 | Mesalazinum | Crohnax, czopki, 250 mg | 30 szt. | 05909991074012 | 2022-01-01 | 3 lata | 12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne | 21,00 | 22,68 | 24,04 | 29,90 | 21,17 | Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | | ryczałt | 11,93 |
| 2119 | Mesalazinum | Crohnax, czopki, 500 mg | 30 szt. | 05907529109809 | 2022-07-01 | 3 lata | 12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne | 35,50 | 38,34 | 40,64 | 49,40 | 42,34 | Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | | ryczałt | 10,26 |
| 2120 | Mesalazinum | Pentasa, czopki, 1 g | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990656813 | 2022-01-01 | 3 lata | 12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne | 133,80 | 144,50 | 153,18 | 165,26 | 79,03 | Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | | ryczałt | 89,43 |
| 2121 | Mesalazinum | Pentasa, 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 |
| 2122 | Mesalazinum | Pentasa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1 g | 60 szt. | 05909990974375 | 2022-05-01 | 3 lata | 12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego | 143,00 | 154,44 | 163,71 | 177,07 | 89,89 | Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | | ryczałt | 91,45 |
| 2123 | Mesalazinum | Pentasa, zawiesina doodbytnicza, 1 g/100 ml | 7 butelek po 100 ml | 05909990818815 | 2022-01-01 | 3 lata | 12.3, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - płynne postacie farmaceutyczne | 71,00 | 76,68 | 81,28 | 89,49 | 36,35 | Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | | ryczałt | 56,34 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 2124 | Mesalazinum | Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 2 g | 60 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 |
| 2125 | 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 |
| 2126 | Mesalazinum | Pentasa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg | 100 szt. | 05909990662111 | 2022-01-01 | 3 lata | 12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego | 121,00 | 130,68 | 138,52 | 150,56 | 74,91 | Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | | ryczałt | 79,21 |
| 2127 | Mesalazinum | Salaza, tabl. dojel., 1000 mg | 100 szt. | 05909991449964 | 2021-09-01 | 3 lata | 12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego | 116,86 | 126,21 | 133,78 | 149,82 | 149,82 | Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | | ryczałt | 7,11 |
| 2128 | Mesalazinum | Salaza, czopki, 1000 mg | 30 szt. | 05909991433857 | 2021-09-01 | 3 lata | 12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne | 63,00 | 68,04 | 72,12 | 84,68 | 84,68 | Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | | ryczałt | 3,20 |
| 2129 | Mesalazinum | Salaza, tabl. dojel., 500 mg | 100 szt. | 05909991418847 | 2021-09-01 | 3 lata | 12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego | 58,43 | 63,10 | 66,90 | 78,94 | 74,91 | Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | | ryczałt | 7,59 |
| 2130 | Mesalazinum | Salaza, czopki, 500 mg | 30 szt. | 05909991448554 | 2021-09-01 | 3 lata | 12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne | 31,50 | 34,02 | 36,06 | 44,82 | 42,34 | Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | | ryczałt | 5,68 |
| 2131 | Mesalazinum | Salofalk, zawiesina doodbytnicza, 4 g/60 ml | 7 but.po 60 ml | 05909990970117 | 2022-01-01 | 3 lata | 12.3, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - płynne postacie farmaceutyczne | 113,19 | 122,25 | 129,58 | 145,41 | 145,41 | Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | | ryczałt | 3,20 |
| 2132 | Mesalazinum | Salofalk 1 g, czopki, 1 g | 30 szt. | 05909990806430 | 2022-05-01 | 3 lata | 12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne | 124,00 | 133,92 | 141,96 | 154,52 | 84,68 | Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | | ryczałt | 73,04 |
| 2133 | Mesalazinum | Salofalk 500, czopki, 500 mg | 30 szt. | 05909990422227 | 2022-01-01 | 3 lata | 12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne | 71,83 | 77,58 | 82,23 | 90,99 | 42,34 | Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | | ryczałt | 51,85 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 2134 | Mesalazinum | Salofalk 500, tabl. dojel., 500 mg | 50 szt. | 05909990400119 | 2022-01-01 | 3 lata | 12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego | 37,86 | 40,89 | 43,34 | 51,71 | 37,46 | Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | | ryczałt | 17,45 |
| 2135 | 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 |
| 2136 | 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 |
| 2137 | 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 |
| 2138 | 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 |
| 2139 | 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 |
| 2140 | 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 |
| 2141 | 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 |
| 2142 | 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 |
| 2143 | 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 |
| 2144 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 2145 | Metformini hydrochloridum | Avamina SR, tabl. o 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 |
| 2146 | 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 |
| 2147 | 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 |
| 2148 | 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 |
| 2149 | 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 |
| 2150 | 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 |
| 2151 | 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 |
| 2152 | 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 |
| 2153 | 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 |
| 2154 | 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 |
| 2155 | Metformini hydrochloridum | Etform, tabl. powl., 1000 mg | 120 szt. | 05909991352417 | 2021-07-01 - dla kolumny 14, 2021-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 21,00 | 22,68 | 24,04 | 30,94 | 30,94 | Cukrzyca | zespoły 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 |
| 2156 | Metformini hydrochloridum | Etform, tabl. powl., 1000 mg | 60 szt. | 05909991352400 | 2021-07-01 - dla kolumny 14, 2021-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 11,40 | 12,31 | 13,05 | 17,36 | 15,57 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 4,99 |
| 2157 | Metformini hydrochloridum | Etform 500, tabl. powl., 500 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990698141 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 7,02 | 7,58 | 8,12 | 10,54 | 7,79 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 5,95 |
| 2158 | Metformini hydrochloridum | Etform 500, tabl. powl., 500 mg | 90 szt. (9 blist.po 10 szt.) | 05909990698172 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 10,53 | 11,37 | 12,05 | 15,50 | 11,68 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 7,02 |
| 2159 | Metformini hydrochloridum | Etform 850, tabl. powl., 850 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990698257 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 9,69 | 10,47 | 11,09 | 14,95 | 13,24 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 4,91 |
| 2160 | Metformini hydrochloridum | Etform 850, tabl. powl., 850 mg | 90 szt. (9 blist.po 10 szt.) | 05909990698271 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 14,54 | 15,70 | 16,64 | 21,76 | 19,85 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 5,99 |
| 2161 | 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 |
| 2162 | 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 |
| 2163 | 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 |
| 2164 | 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 |
| 2165 | 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 |
| 2166 | 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** |
| 2167 | Metformini hydrochloridum | Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg | 120 szt. | 07613421049300 | 2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 26,87 | 29,02 | 30,76 | 36,54 | 23,36 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 17,98 |
| 2168 | 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 |
| 2169 | 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 |
| 2170 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powl., 1000 mg | 120 szt. | 05903060614444 | <1>2022-05-01/<2>2021-05-01/<3>2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 20,66 | 22,31 | 23,65 | 30,55 | 30,55 | <1>Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 6,40 |
| 2171 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powl., 1000 mg | 120 szt. | 05903060614444 | <1>2022-05-01/<2>2021-05-01/<3>2022-01-01 | 3 lata | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 20,66 | 22,31 | 23,65 | 30,55 | 30,55 | <2>Zespół policystycznych jajników; <3>Nieprawidłowa tolerancja glukozy (stan przedcukrzycowy), gdy za pomocą ściśle przestrzeganej diety i ćwiczeń fizycznych nie można uzyskać prawidłowego stężenia glukozy we krwi | | 30% | 9,17 |
| 2172 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powl., 1000 mg | 30 szt. | 05909990078974 | <1>2022-01-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 5,23 | 5,65 | 6,19 | 8,61 | 7,79 | <1>Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 4,02 |
| 2173 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powl., 1000 mg | 30 szt. | 05909990078974 | <1>2022-01-01/<2>2022-03-01 | 3 lata | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 5,23 | 5,65 | 6,19 | 8,61 | 7,79 | <2>Zespół policystycznych jajników | | 30% | 3,16 |
| 2174 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powl., 1000 mg | 60 szt. | 05909990078981 | <1>2022-01-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 10,98 | 11,86 | 12,57 | 16,88 | 15,57 | <1>Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 4,51 |
| 2175 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powl., 1000 mg | 60 szt. | 05909990078981 | <1>2022-01-01/<2>2022-03-01 | 3 lata | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 10,98 | 11,86 | 12,57 | 16,88 | 15,57 | <2>Zespół policystycznych jajników | | 30% | 5,98 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 2176 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. 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 |
| 2177 | 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 |
| 2178 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powl., 500 mg | 120 szt. | 05903060614406 | <1>2022-05-01/<2>2021-05-01/<3>2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 10,33 | 11,16 | 11,83 | 16,14 | 15,57 | <1>Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 3,77 |
| 2179 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powl., 500 mg | 120 szt. | 05903060614406 | <1>2022-05-01/<2>2021-05-01/<3>2022-01-01 | 3 lata | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 10,33 | 11,16 | 11,83 | 16,14 | 15,57 | <2>Zespół policystycznych jajników; <3>Nieprawidłowa tolerancja glukozy (stan przedcukrzycowy), gdy za pomocą ściśle przestrzeganej diety i ćwiczeń fizycznych nie można uzyskać prawidłowego stężenia glukozy we krwi | | 30% | 5,24 |
| 2180 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. 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 |
| 2181 | 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 |
| 2182 | 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 |
| 2183 | 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 |
| 2184 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 2185 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. 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 |
| 2186 | 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 |
| 2187 | 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 |
| 2188 | 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 |
| 2189 | 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 |
| 2190 | 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 |
| 2191 | 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 |
| 2192 | 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 |
| 2193 | 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 |
| 2194 | 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 |

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

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 2206 | Metformini hydrochloridum | Metformax 500, tabl., 500 mg | 30 szt. | 05909990126316 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 3,51 | 3,79 | 4,33 | 5,71 | 3,89 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 4,52 |
| 2207 | Metformini hydrochloridum | Metformax 500, tabl., 500 mg | 30 szt. | 05909990126316 | 2024-04-01 | 3 lata | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 3,51 | 3,79 | 4,33 | 5,71 | 3,89 | Nieprawidłowa tolerancja glukozy (stan przedcukrzycowy), gdy za pomocą ściśle przestrzeganej diety i ćwiczeń fizycznych nie można uzyskać prawidłowego stężenia glukozy we krwi | | 30% | 2,69 |
| 2208 | Metformini hydrochloridum | Metformax 500, tabl., 500 mg | 60 szt. | 05909990935253 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 7,02 | 7,58 | 8,12 | 10,54 | 7,79 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 5,36 |
| 2209 | Metformini hydrochloridum | Metformax 500, tabl., 500 mg | 60 szt. | 05909990935253 | 2024-04-01 | 3 lata | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 7,02 | 7,58 | 8,12 | 10,54 | 7,79 | Nieprawidłowa tolerancja glukozy (stan przedcukrzycowy), gdy za pomocą ściśle przestrzeganej diety i ćwiczeń fizycznych nie można uzyskać prawidłowego stężenia glukozy we krwi | | 30% | 4,58 |
| 2210 | Metformini hydrochloridum | Metformax 850, tabl., 850 mg | 30 szt. | 05909990450718 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 4,89 | 5,28 | 5,82 | 7,93 | 6,62 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 4,06 |
| 2211 | Metformini hydrochloridum | Metformax 850, tabl., 850 mg | 60 szt. | 05909990935260 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 9,69 | 10,47 | 11,09 | 14,95 | 13,24 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 4,42 |
| 2212 | Metformini hydrochloridum | Metformax 850, tabl., 850 mg | 90 szt. | 05909990935277 | 2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 14,54 | 15,70 | 16,64 | 21,76 | 19,85 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 5,99 |
| 2213 | 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 |
| 2214 | 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 |
| 2215 | Metformini hydrochloridum | Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg | 30 szt. | 05909990652112 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 7,00 | 7,56 | 8,10 | 9,48 | 3,89 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 8,79 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 2216 | Metformini hydrochloridum | Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg | 60 szt. | 05909990933167 | 2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 14,11 | 15,24 | 16,16 | 18,58 | 7,79 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 13,99 |
| 2217 | Metformini hydrochloridum | Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg | 90 szt. | 05909990933174 | 2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 21,17 | 22,86 | 24,24 | 27,69 | 11,68 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 19,21 |
| 2218 | 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 |
| 2219 | 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 |
| 2220 | 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 |
| 2221 | 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 |
| 2222 | 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 |
| 2223 | 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 |
| 2224 | 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 |
| 2225 | 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 |
| 2226 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 2227 | Metformini hydrochloridum | Siofor 1000, tabl. 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 |
| 2228 | 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 |
| 2229 | 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 |
| 2230 | 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 |
| 2231 | 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 |
| 2232 | 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 |
| 2233 | 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 |
| 2234 | 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 |
| 2235 | 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 |
| 2236 | Metformini hydrochloridum | Siofor 850, tabl. powl., 850 mg | 60 szt. | 05909990457328 | 2021-07-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 8,75 | 9,45 | 10,02 | 13,88 | 13,24 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 3,84 |
| 2237 | 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 |

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

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

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 2260 | Metformini hydrochloridum | Zenofor, tabl. 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 |
| 2261 | 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 |
| 2262 | 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 |
| 2263 | 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 |
| 2264 | 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 |
| 2265 | 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 |
| 2266 | 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 |
| 2267 | 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 |
| 2268 | Methadoni hydrochloridum | Methadone Hydrochloride Molteni, syrop, 1 mg/ml | 10 ml | 05909990719013 | 2022-01-01 | 3 lata | 150.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - metadon | 4,35 | 4,70 | 5,24 | 6,19 | 2,29 | Nowotwory złośliwe | | ryczałt | 6,19 |
| 2269 | Methadoni hydrochloridum | Methadone Hydrochloride Molteni, syrop, 1 mg/ml | 100 ml | 05909990792016 | 2022-01-01 | 3 lata | 150.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - metadon | 15,04 | 16,24 | 17,22 | 22,88 | 22,88 | Nowotwory złośliwe | | ryczałt | 3,20 |
| 2270 | Methadoni hydrochloridum | Methadone Hydrochloride Molteni, syrop, 1 mg/ml | 20 ml | 05909990718917 | 2022-01-01 | 3 lata | 150.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - metadon | 4,65 | 5,02 | 5,56 | 7,12 | 4,58 | Nowotwory złośliwe | | ryczałt | 5,74 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 2271 | Methotrexatum | Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml | 1 amp.-strz.a 0,375 ml | 05907626701852 | 2021-07-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 15,27 | 16,49 | 17,49 | 23,21 | 23,21 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 3,20 |
| 2272 | Methotrexatum | Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w 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 |
| 2273 | 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 |
| 2274 | 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 |
| 2275 | 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 |
| 2276 | 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 |
| 2277 | 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 |
| 2278 | 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 |
| 2279 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 2280 | Methotrexatum | Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 12 amp.-strz.po 0,25 ml | 05909990922741 | 2021-07-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 334,50 | 361,26 | 382,94 | 405,51 | 405,51 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 6,40 |
| 2281 | Methotrexatum | Metex, roztwór do wstrzykiwań w 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 |
| 2282 | Methotrexatum | Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 12 amp.-strz.po 0,35 ml | 05909990922758 | 2021-07-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 468,30 | 505,76 | 536,11 | 562,53 | 562,53 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 8,96 |
| 2283 | Methotrexatum | Metex, roztwór do wstrzykiwań w 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 |
| 2284 | Methotrexatum | Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 12 amp.-strz.po 0,45 ml | 05909990922765 | 2021-07-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 602,10 | 650,27 | 689,29 | 719,56 | 719,56 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 11,52 |
| 2285 | Methotrexatum | Metex, roztwór do wstrzykiwań w 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 |
| 2286 | Methotrexatum | Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 12 amp.-strz.po 0,55 ml | 05909990922772 | 2021-07-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 735,90 | 794,77 | 842,45 | 875,59 | 875,59 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 14,08 |
| 2287 | Methotrexatum | Metex, roztwór do wstrzykiwań w 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 |
| 2288 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 2289 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w 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 |
| 2290 | 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 |
| 2291 | 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 |
| 2292 | 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 |
| 2293 | 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 |
| 2294 | 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 |
| 2295 | 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 |
| 2296 | 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 |
| 2297 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 2298 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w 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 |
| 2299 | 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 |
| 2300 | 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 |
| 2301 | 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 |
| 2302 | 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 |
| 2303 | 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 |
| 2304 | 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 |
| 2305 | 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 |
| 2306 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 2307 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w 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 |
| 2308 | 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 |
| 2309 | Methotrexatum | Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 15 mg | 8 wstrzykiwaczy | 05909991346867 | 2021-11-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 291,56 | 314,88 | 333,77 | 354,42 | 354,42 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 5,12 |
| 2310 | Methotrexatum | Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 20 mg | 8 wstrzykiwaczy | 05909991346928 | 2021-11-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 325,76 | 351,82 | 372,93 | 396,14 | 396,14 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 6,83 |
| 2311 | Methotrexatum | Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 25 mg | 8 wstrzykiwaczy | 05909991346980 | 2021-11-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 407,20 | 439,78 | 466,16 | 491,94 | 491,94 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 8,53 |
| 2312 | Methotrexatum | Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 30 mg | 8 wstrzykiwaczy | 05909991347048 | 2021-11-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 488,64 | 527,73 | 559,40 | 587,74 | 587,74 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 10,24 |
| 2313 | Methotrexatum | Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w 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 |
| 2314 | 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 |
| 2315 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 2316 | Methotrexatum | Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w 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 |
| 2317 | 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 |
| 2318 | Methotrexatum | Trexan Neo, tabl., 10 mg | 100 szt. | 06432100058607 | 2023-03-01 | 3 lata | 120.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antymetabolity - metotreksat do stosowania doustnego | 66,00 | 71,28 | 75,56 | 88,47 | 88,47 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 42,67 |
| 2319 | Methotrexatum | Trexan Neo, tabl., 2.5 mg | 100 szt. | 05909991303570 | 2023-03-01 | 3 lata | 120.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antymetabolity - metotreksat do stosowania doustnego | 17,10 | 18,47 | 19,58 | 25,65 | 22,12 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 14,20 |
| 2320 | Methotrexatum | Tullex, roztwór do wstrzykiwań w 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 |
| 2321 | 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 |
| 2322 | 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 |
| 2323 | 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 |
| 2324 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 2325 | Methotrexatum | Tullex, roztwór do wstrzykiwań w 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 |
| 2326 | 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 |
| 2327 | 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 |
| 2328 | 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 |
| 2329 | 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 |
| 2330 | 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 |
| 2331 | 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 |
| 2332 | 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 |
| 2333 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 2334 | Methotrexatum | Tullex, roztwór do wstrzykiwań w 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 |
| 2335 | 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 |
| 2336 | Methylphenidati hydrochloridum | Concerta, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 18 mg | 30 szt. | 05909990655021 | 2022-01-01 | 3 lata | 185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat | 34,00 | 36,72 | 38,92 | 47,99 | 47,99 | Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia | | ryczałt | 3,20 |
| 2337 | Methylphenidati hydrochloridum | Concerta, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 36 mg | 30 szt. | 05909990655038 | 2022-01-01 | 3 lata | 185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat | 64,00 | 69,12 | 73,27 | 86,24 | 86,24 | Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia | | ryczałt | 3,84 |
| 2338 | Methylphenidati hydrochloridum | Medikinet 10 mg, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990652198 | 2022-01-01 | 3 lata | 185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat | 18,50 | 19,98 | 21,18 | 27,71 | 27,71 | Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia | | ryczałt | 3,20 |
| 2339 | Methylphenidati hydrochloridum | Medikinet 20 mg, tabl., 20 mg | 30 szt. | 05909990652204 | 2022-01-01 | 3 lata | 185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat | 25,50 | 27,54 | 29,19 | 38,78 | 38,78 | Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia | | ryczałt | 3,20 |
| 2340 | Methylphenidati hydrochloridum | Medikinet 5 mg, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990652181 | 2022-01-01 | 3 lata | 185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat | 9,50 | 10,26 | 10,88 | 14,88 | 13,86 | Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia | | ryczałt | 4,22 |
| 2341 | Methylphenidati hydrochloridum | Medikinet CR 10 mg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 10 mg | 30 szt. | 05909990652235 | 2022-01-01 | 3 lata | 185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat | 29,50 | 31,86 | 33,77 | 40,30 | 27,71 | Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia | | ryczałt | 15,79 |
| 2342 | Methylphenidati hydrochloridum | Medikinet CR 20 mg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 20 mg | 30 szt. | 05909990652242 | 2022-01-01 | 3 lata | 185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat | 59,50 | 64,26 | 68,12 | 77,71 | 55,42 | Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia | | ryczałt | 25,49 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 2343 | Methylphenidati hydrochloridum | Medikinet CR 30 mg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 30 mg | 30 szt. | 05909990652259 | 2022-01-01 | 3 lata | 185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat | 72,00 | 77,76 | 82,43 | 94,13 | 83,13 | Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia | | ryczałt | 14,20 |
| 2344 | Methylphenidati hydrochloridum | Medikinet CR 40 mg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 40 mg | 30 szt. | 05909990652266 | 2022-01-01 | 3 lata | 185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat | 94,50 | 102,06 | 108,18 | 121,77 | 110,84 | Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia | | ryczałt | 15,20 |
| 2345 | Methylprednisoloni 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 |
| 2346 | 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 |
| 2347 | Methylprednisolonum | Medrol, tabl., 16 mg | 50 szt. (5 blist.po 10 szt.) | 05909990683215 | 2022-01-01 | 3 lata | 82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon | 30,00 | 32,40 | 34,34 | 44,02 | 44,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 11,38 |
| 2348 | Methylprednisolonum | Medrol, tabl., 4 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990683123 | 2022-01-01 | 3 lata | 82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon | 6,00 | 6,48 | 7,02 | 9,64 | 8,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 4,53 |
| 2349 | Methylprednisolonum | Meprelon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań/infuzji, 1000 mg | 1 fiol. + 1 amp. | 05909990939220 | 2021-11-01 | 3 lata | 82.1, Kortykosteroidy do stosowania pozajelitowego - glikokortykoidy - metyloprednisolon | 48,60 | 52,49 | 55,64 | 66,55 | 66,55 | Zaostrzenie w przebiegu stwardnienia rozsianego | | ryczałt | 3,20 |
| 2350 | Methylprednisolonum | Meprelon, tabl., 16 mg | 30 szt. | 05909990835539 | 2022-03-01 | 3 lata | 82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon | 22,68 | 24,49 | 25,96 | 33,21 | 33,21 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 6,83 |
| 2351 | Methylprednisolonum | Meprelon, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909990834501 | 2022-03-01 | 3 lata | 82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon | 6,00 | 6,48 | 7,02 | 9,64 | 8,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 4,53 |
| 2352 | Methylprednisolonum | Meprelon, tabl., 8 mg | 30 szt. | 05909990834464 | 2021-05-01 | 3 lata | 82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon | 11,34 | 12,25 | 12,98 | 17,58 | 16,61 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 4,38 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 2353 | 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 |
| 2354 | 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 |
| 2355 | 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 |
| 2356 | Metoprololi tartras | Metocard, tabl., 100 mg | 30 szt. | 05909990034529 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 7,00 | 7,56 | 8,10 | 10,61 | 8,67 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ekstrasystolie pochodzenia komorowego u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 4,63 |
| 2357 | Metoprololi tartras | Metocard, tabl., 50 mg | 30 szt. | 05909990034420 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 5,10 | 5,51 | 6,05 | 7,48 | 4,34 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ekstrasystolie pochodzenia komorowego u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 5,71 |
| 2358 | Metoprololi tartras | Metoprolol Medreg, tabl. 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 |
| 2359 | 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 |
| 2360 | 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 |
| 2361 | 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 |
| 2362 | 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 |
| 2363 | Mianserini hydrochloridum | Miansec 30, tabl. powl., 30 mg | 30 szt. | 03830044949655 | 2023-09-01 | 3 lata | 225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna | 18,45 | 19,93 | 21,12 | 27,62 | 27,62 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 8,29 |
| 2364 | Mianserini hydrochloridum | Miansegen, tabl. 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 |
| 2365 | 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 |
| 2366 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 2367 | Mianserinum | Lerivon, tabl. 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 |
| 2368 | 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 |
| 2369 | Mianserinum | Miansec, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909990796618 | 2022-01-01 | 3 lata | 225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna | 5,92 | 6,39 | 6,93 | 9,73 | 9,73 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 2,92 |
| 2370 | Mianserinum | Miansec, tabl. powl., 10 mg | 90 szt. | 05909990796625 | 2022-01-01 | 3 lata | 225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna | 17,70 | 19,12 | 20,26 | 26,76 | 26,76 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 8,03 |
| 2371 | Mianserinum | Miansec 30, tabl. powl., 30 mg | 20 szt. | 05909991124311 | 2022-01-01 | 3 lata | 225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna | 12,30 | 13,28 | 14,08 | 18,94 | 18,94 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 5,68 |
| 2372 | Miconazoli nitras | Gyno-Femidazol, tabl. dopochwowe, 100 mg | 15 szt. | 05909990281312 | 2024-04-01 | 3 lata | 59.0, Leki antyseptyczne i dezynfekcyjne do stosowania dopochwowego - pochodne imidazolu o działaniu przeciwgrzybiczym | 18,00 | 19,44 | 20,61 | 27,05 | 27,05 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 12,18 |
| 2373 | Midazolamum | Buccolam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 10 mg/2ml | 4 amp.-strzyk. po 2 ml | 05909991449599 | 2022-11-01 | 2 lata | 259.0, Leki nasenne i uspokajające - midazolam | 360,00 | 388,80 | 412,13 | 432,08 | 274,67 | Przedłużone, ostre napady drgawkowe u niemowląt, dzieci i młodzieży (od 6 miesięcy do 18 lat) | | ryczałt | 160,61 |
| 2374 | Midazolamum | Buccolam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 2.5 mg/0,5 ml | 4 amp.-strzyk. 0,5 ml | 05909991449568 | 2022-11-01 | 2 lata | 259.0, Leki nasenne i uspokajające - midazolam | 360,00 | 388,80 | 412,13 | 432,08 | 274,67 | Przedłużone, ostre napady drgawkowe u niemowląt, dzieci i młodzieży (od 6 miesięcy do 18 lat) | | ryczałt | 160,61 |
| 2375 | Midazolamum | Buccolam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 5 mg/1 ml | 4 amp.-strzyk. po 1 ml | 05909991449575 | 2022-11-01 | 2 lata | 259.0, Leki nasenne i uspokajające - midazolam | 360,00 | 388,80 | 412,13 | 432,08 | 274,67 | Przedłużone, ostre napady drgawkowe u niemowląt, dzieci i młodzieży (od 6 miesięcy do 18 lat) | | ryczałt | 160,61 |
| 2376 | Midazolamum | Buccolam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 7.5 mg/1,5 ml | 4 amp.-strzyk. po 1,5 ml | 05909991449582 | 2022-11-01 | 2 lata | 259.0, Leki nasenne i uspokajające - midazolam | 360,00 | 388,80 | 412,13 | 432,08 | 274,67 | Przedłużone, ostre napady drgawkowe u niemowląt, dzieci i młodzieży (od 6 miesięcy do 18 lat) | | ryczałt | 160,61 |
| 2377 | Midazolamum | Soloxelam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 10 mg/2ml | 4 amp.-strzyk. po 2 ml | 05909991500269 | 2023-11-01 | 2 lata | 259.0, Leki nasenne i uspokajające - midazolam | 222,50 | 240,30 | 254,72 | 274,67 | 274,67 | Przedłużone, ostre napady drgawkowe u niemowląt, dzieci i młodzieży (od 6 miesięcy do 18 lat) | | ryczałt | 3,20 |
| 2378 | Midazolamum | Soloxelam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 2.5 mg/0,5 ml | 4 amp.-strzyk. po 0,5 ml | 05909991500207 | 2023-11-01 | 2 lata | 259.0, Leki nasenne i uspokajające - midazolam | 222,50 | 240,30 | 254,72 | 274,67 | 274,67 | Przedłużone, ostre napady drgawkowe u niemowląt, dzieci i młodzieży (od 6 miesięcy do 18 lat) | | ryczałt | 3,20 |
| 2379 | Midazolamum | Soloxelam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 5 mg/1 ml | 4 amp.-strzyk. po 1 ml | 05909991500221 | 2023-11-01 | 2 lata | 259.0, Leki nasenne i uspokajające - midazolam | 222,50 | 240,30 | 254,72 | 274,67 | 274,67 | Przedłużone, ostre napady drgawkowe u niemowląt, dzieci i młodzieży (od 6 miesięcy do 18 lat) | | ryczałt | 3,20 |
| 2380 | Midazolamum | Soloxelam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 7.5 mg/1,5 ml | 4 amp.-strzyk. po 1,5 ml | 05909991500245 | 2023-11-01 | 2 lata | 259.0, Leki nasenne i uspokajające - midazolam | 222,50 | 240,30 | 254,72 | 274,67 | 274,67 | Przedłużone, ostre napady drgawkowe u niemowląt, dzieci i młodzieży (od 6 miesięcy do 18 lat) | | ryczałt | 3,20 |
| 2381 | mieszanki 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** |
| 2382 | Mieszanki wyciągów alergenowych roztoczy kurzu domowego (350 Dermatophagoides pteronyssinus, Dermatophagoides farinae) | Staloral 300, roztwór do stosowania podjęzykowego, 10 lub 300 IR/ml | 3 fiol. po 10 ml | 05909991061210 | 2024-04-01 | 2 lata | 214.7, Alergeny kurzu domowego - produkty do stosowania doustnego | 249,66 | 269,63 | 285,81 | 306,62 | 306,62 | Leczenie młodzieży w wieku od ukończonego 12. roku życia do ukończonego 18. roku życia z umiarkowanym lub ciężkim alergicznym nieżytem nosa spowodowanym kurzem domowym, utrzymującym się pomimo stosowania leków łagodzących objawy, u których rozpoznanie zostało postawione na podstawie wywiadu klinicznego oraz dodatniego testu alergicznego na roztocza kurzu domowego (punktowe testy skórne lub swoiste immunoglobuliny E) | | 30% | 91,99 |
| 2383 | Mieszanki wyciągów alergenowych roztoczy kurzu domowego (350 Dermatophagoides pteronyssinus, Dermatophagoides farinae) | Staloral 300, roztwór do stosowania podjęzykowego, 300 IR/ml | 2 fiol. po 10 ml | 05909991061227 | 2024-04-01 | 2 lata | 214.7, Alergeny kurzu domowego - produkty do stosowania doustnego | 249,66 | 269,63 | 285,81 | 306,62 | 306,62 | Leczenie młodzieży w wieku od ukończonego 12. roku życia do ukończonego 18. roku życia z umiarkowanym lub ciężkim alergicznym nieżytem nosa spowodowanym kurzem domowym, utrzymującym się pomimo stosowania leków łagodzących objawy, u których rozpoznanie zostało postawione na podstawie wywiadu klinicznego oraz dodatniego testu alergicznego na roztocza kurzu domowego (punktowe testy skórne lub swoiste immunoglobuliny E) | | 30% | 91,99 |
| 2384 | Moclobemidum | Aurorix, tabl. powl., 150 mg | 30 szt. | 05909990094813 | 2022-01-01 | 3 lata | 227.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory MAO - moklobemid | 15,50 | 16,74 | 17,74 | 22,10 | 16,38 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 10,63 |
| 2385 | 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 | 18,10 | 16,38 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 6,63 |
| 2386 | 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 | 16,38 | 16,38 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 4,91 |
| 2387 | Mometasoni fuoras | Momester, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę | 1 but. po 140 dawek | 05909991195366 | 2021-09-01 | 3 lata | 196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa | 11,64 | 12,57 | 13,33 | 17,41 | 15,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 9,91 |
| 2388 | Mometasoni furoas | Elitasone, maść, 1 mg/g | 50 g | 05906071039657 | 2021-05-01 | 3 lata | 56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania | 10,84 | 11,71 | 12,41 | 17,02 | 16,66 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 8,69 |
| 2389 | 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 |
| 2390 | 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 |
| 2391 | 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 |
| 2392 | Mometasoni furoas | Momecutan, maść, 1 mg/g | 50 g | 05909991137441 | 2023-09-01 | 3 lata | 56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania | 14,00 | 15,12 | 16,03 | 20,64 | 16,66 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 12,31 |
| 2393 | Mometasoni furoas | Momecutan, roztwór na skórę, 1 mg/g | 50 ml | 05909991087982 | 2023-11-01 | 3 lata | 56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania | 10,50 | 11,34 | 12,02 | 16,41 | 15,57 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 8,63 |
| 2394 | Mometasoni furoas | Momecutan Fettcreme, krem, 1 mg/g | 50 g | 05909991097059 | 2024-01-01 | 3 lata | 56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania | 11,46 | 12,38 | 13,12 | 17,73 | 16,66 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 9,40 |
| 2395 | Mometasoni furoas | Nasometin, aerozol do nosa, 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 |
| 2396 | 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 |
| 2397 | 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 |
| 2398 | 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 |
| 2399 | Montelukastum | Astmodil, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990881734 | 2022-05-01 | 3 lata | 204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych | 18,59 | 20,08 | 21,29 | 27,02 | 23,25 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | 30% | 10,75 |
| 2400 | Montelukastum | Astmodil, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909991422462 | 2022-09-01 | 3 lata | 204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych | 18,59 | 20,08 | 21,29 | 27,02 | 23,25 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | 30% | 10,75 |
| 2401 | Montelukastum | Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg | 28 szt. | 05909990881758 | 2022-07-01 | 3 lata | 204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych | 11,06 | 11,94 | 12,66 | 15,46 | 9,30 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | 30% | 8,95 |
| 2402 | Montelukastum | Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg | 28 szt. | 05909990881772 | 2022-07-01 | 3 lata | 204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych | 13,45 | 14,53 | 15,40 | 18,82 | 11,63 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | 30% | 10,68 |
| 2403 | Montelukastum | Milukante, tabl. 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 2404 | Montelukastum | Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg | 28 szt. | 05909990668144 | 2024-04-01 | 3 lata | 204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych | 11,06 | 11,94 | 12,66 | 15,46 | 9,30 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | 30% | 8,06 |
| 2405 | Montelukastum | Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg | 28 szt. | 05909990668120 | 2024-04-01 | 3 lata | 204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych | 13,85 | 14,96 | 15,85 | 19,27 | 11,63 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | 30% | 10,02 |
| 2406 | Montelukastum | Monkasta, tabl. 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 |
| 2407 | Montelukastum | Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg | 28 szt. | 05909990662685 | 2022-01-01 | 3 lata | 204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych | 9,50 | 10,26 | 10,88 | 13,68 | 9,30 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | 30% | 7,17 |
| 2408 | Montelukastum | Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg | 28 szt. | 05909990662647 | 2022-01-01 | 3 lata | 204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych | 12,10 | 13,07 | 13,86 | 17,28 | 11,63 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | 30% | 9,14 |
| 2409 | Montelukastum | Montelukast Aurovitas, tabl. 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 |
| 2410 | Montelukastum | Montelukast Aurovitas, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg | 28 szt. | 05909990994076 | 2024-04-01 | 3 lata | 204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych | 5,41 | 5,84 | 6,38 | 9,18 | 9,18 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | 30% | 2,75 |
| 2411 | Montelukastum | Montelukast Aurovitas, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg | 28 szt. | 05909990993857 | 2024-04-01 | 3 lata | 204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych | 6,77 | 7,31 | 7,85 | 11,27 | 11,27 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | 30% | 3,38 |
| 2412 | Montelukastum | Montelukast Bluefish, tabl. 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 2413 | Montelukastum | Montelukast Medreg, tabl. 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 |
| 2414 | 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 |
| 2415 | 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 |
| 2416 | 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 |
| 2417 | 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 |
| 2418 | 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 |
| 2419 | Montelukastum | Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg | 28 szt. | 05909990803743 | 2022-03-01 | 3 lata | 204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych | 9,50 | 10,26 | 10,88 | 13,68 | 9,30 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | 30% | 7,17 |
| 2420 | Montelukastum | Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg | 28 szt. | 05909990803767 | 2022-03-01 | 3 lata | 204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych | 9,09 | 9,82 | 10,41 | 13,83 | 11,63 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | 30% | 5,69 |
| 2421 | Montelukastum | Orilukast, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909990893294 | 2022-09-01 | 3 lata | 204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych | 17,40 | 18,79 | 19,92 | 25,65 | 23,25 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | 30% | 9,38 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 2422 | Montelukastum | Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg | 28 szt. | 05909990893188 | 2022-09-01 | 3 lata | 204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych | 6,60 | 7,13 | 7,67 | 10,47 | 9,30 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | 30% | 3,96 |
| 2423 | Montelukastum | Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg | 28 szt. | 05909990893263 | 2023-01-01 | 3 lata | 204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych | 8,04 | 8,68 | 9,22 | 12,64 | 11,63 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | 30% | 4,50 |
| 2424 | Montelukastum | Promonta 10 mg, tabl. 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 |
| 2425 | Montelukastum | Promonta 4 mg, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg | 28 szt. | 05909990671052 | 2022-05-01 | 3 lata | 204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych | 9,50 | 10,26 | 10,88 | 13,68 | 9,30 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | 30% | 7,17 |
| 2426 | Montelukastum | Promonta 5 mg, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg | 28 szt. | 05909990671076 | 2022-05-01 | 3 lata | 204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych | 11,99 | 12,95 | 13,73 | 17,15 | 11,63 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | 30% | 9,01 |
| 2427 | Montelukastum | Romilast, tabl. 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 |
| 2428 | Montelukastum | Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg | 28 szt. | 05909991007263 | 2022-09-01 | 3 lata | 204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych | 6,45 | 6,97 | 7,51 | 10,31 | 9,30 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | 30% | 3,80 |
| 2429 | Montelukastum | Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg | 28 szt. | 05909991007270 | 2022-09-01 | 3 lata | 204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych | 8,02 | 8,66 | 9,20 | 12,62 | 11,63 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | 30% | 4,48 |
| 2430 | Morphini hydrochloridum | Vendal retard, tabl. 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 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 5,77 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 2431 | Morphini hydrochloridum | Vendal retard, tabl. 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 |
| 2432 | 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 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 3,77 |
| 2433 | 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 |
| 2434 | 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 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 6,40 |
| 2435 | 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 |
| 2436 | 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 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 7,02 |
| 2437 | 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 |
| 2438 | 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 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 3,20 |
| 2439 | 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 |
| 2440 | Morphini sulfas | Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml | 10 amp.po 1 ml | 05909990404919 | 2024-04-01 | 3 lata | 149.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania pozajelitowego | 13,69 | 14,79 | 15,67 | 19,45 | 12,93 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 8,75 |
| 2441 | Morphini sulfas | Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml | 10 amp.po 1 ml | 05909990404919 | 2024-04-01 | 3 lata | 149.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania pozajelitowego | 13,69 | 14,79 | 15,67 | 19,45 | 12,93 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 5,87 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych 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 | Morphini sulfas | Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml | 10 amp.po 1 ml | 05909990405015 | 2024-04-01 | 3 lata | 149.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania pozajelitowego | 17,13 | 18,50 | 19,61 | 25,86 | 25,86 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 2,88 |
| 2443 | Morphini sulfas | Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml | 10 amp.po 1 ml | 05909990405015 | 2024-04-01 | 3 lata | 149.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania pozajelitowego | 17,13 | 18,50 | 19,61 | 25,86 | 25,86 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2444 | Morphini sulfas | MST Continus, tabl. 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 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 7,30 |
| 2445 | 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 |
| 2446 | 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 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 13,55 |
| 2447 | 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 |
| 2448 | 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 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 12,80 |
| 2449 | 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 |
| 2450 | 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 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 9,22 |
| 2451 | 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 |
| 2452 | 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 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 10,77 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 2453 | Morphini sulfas | MST Continus, tabl. 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 |
| 2454 | Morphini sulfas | Oramorph, krople doustne, roztwór, 20 mg/ml | 1 but. po 20 ml | 05909991436902 | 2023-11-01 | 2 lata | 149.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o niemodyfikowanym uwalnianiu | 16,90 | 18,25 | 19,34 | 25,65 | 23,61 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | 30% | 9,12 |
| 2455 | Morphini sulfas | Oramorph, krople doustne, roztwór, 20 mg/ml | 1 but. po 20 ml | 05909991436902 | 2023-11-01 | 2 lata | 149.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o niemodyfikowanym uwalnianiu | 16,90 | 18,25 | 19,34 | 25,65 | 23,61 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 2,04 |
| 2456 | Morphini sulfas | Sevredol, tabl. 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 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 3,20 |
| 2457 | Morphini sulfas | Sevredol, tabl. powl., 20 mg | 60 szt. | 05909990336425 | 2022-01-01 | 3 lata | 149.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o niemodyfikowanym uwalnianiu | 52,00 | 56,16 | 59,53 | 70,83 | 70,83 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2458 | Mycophenolas mofetil | CellCept, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 1 g/5 ml | 110 g (175 ml) | 05909990980918 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2><4>2024-04-01/<3>2023-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, <1><3>3 lata/<2><4>9 miesięcy - dla kolumny 15 | 134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne | 193,74 | 209,24 | 221,79 | 235,83 | 110,63 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | <1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty 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 |
| 2459 | Mycophenolas mofetil | CellCept, kaps. twarde, 250 mg | 100 szt. | 05909990707614 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2><4>2024-04-01/<3>2023-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, <1><3>3 lata/<2><4>9 miesięcy - dla kolumny 15 | 134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne | 99,70 | 107,68 | 114,13 | 126,18 | 79,02 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | <1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty 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 |
| 2460 | Mycophenolas mofetil | CellCept, tabl., 500 mg | 50 szt. | 05909990707515 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2><4>2024-04-01/<3>2023-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, <1><3>3 lata/<2><4>9 miesięcy - dla kolumny 15 | 134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne | 99,70 | 107,68 | 114,13 | 126,18 | 79,02 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | <1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego; <4> miastenia | ryczałt | 50,36 |
| 2461 | Mycophenolas mofetil | Mycofit, kaps. twarde, 250 mg | 100 szt. | 05909990754472 | 2021-07-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2><4>2024-04-01/<3>2023-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, <1><3>3 lata/<2><4>3 miesiące - dla kolumny 15 | 134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne | 58,50 | 63,18 | 66,97 | 79,02 | 79,02 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | <1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego; <4> miastenia | ryczałt | 3,20 |
| 2462 | Mycophenolas mofetil | Mycofit, tabl. powl., 500 mg | 50 szt. | 05909990750993 | 2021-07-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2><4>2024-04-01/<3>2023-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, <1><3>3 lata/<2><4>3 miesiące - dla kolumny 15 | 134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne | 58,50 | 63,18 | 66,97 | 79,02 | 79,02 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | <1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego; <4> miastenia | ryczałt | 3,20 |
| 2463 | Mycophenolas mofetil | Mycophenolate mofetil Sandoz 250 mg kapsułki twarde, kaps. twarde, 250 mg | 100 szt. | 05909990074563 | 2022-05-01 - dla kolumny 14, <1><2><3>2022-05-01/<4>2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, <1><2><3>3 lata/<2>1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15 | 134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne | 58,00 | 62,64 | 66,40 | 78,45 | 78,45 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | <1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>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** |
| 2464 | Mycophenolas mofetil | Mycophenolate mofetil Sandoz 500 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 500 mg | 50 szt. (blister) | 05909990715268 | 2022-05-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2><4>2024-04-01/<3>2023-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, <1><3>3 lata/<2><4>1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15 | 134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne | 65,00 | 70,20 | 74,41 | 86,46 | 79,02 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | <1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego; <4> miastenia | ryczałt | 10,64 |
| 2465 | Mycophenolas mofetil | Myfenax, kaps. twarde, 250 mg | 100 szt. | 05909990638185 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2><4>2024-04-01/<3>2023-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, <1><3>3 lata/<2><4>9 miesięcy - dla kolumny 15 | 134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne | 61,85 | 66,80 | 70,80 | 82,85 | 79,02 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | <1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego; <4> miastenia | ryczałt | 7,03 |
| 2466 | Mycophenolas mofetil | Myfenax, tabl. powl., 500 mg | 50 szt. | 05909990638208 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2><4>2024-04-01/<3>2023-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, <1><3>3 lata/<2><4>9 miesięcy - dla kolumny 15 | 134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne | 61,85 | 66,80 | 70,80 | 82,85 | 79,02 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | <1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego; <4> miastenia | ryczałt | 7,03 |
| 2467 | 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 |
| 2468 | 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** |
| 2469 | Nadroparinum calcicum | Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 2850 j.m. Axa/0,3 ml | 10 amp.-strz.po 0,3 ml | 05909990075621 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 62,70 | 67,72 | 71,78 | 79,59 | 34,36 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po 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 | 48,43 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 2470 | Nadroparinum calcicum | Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 3800 j.m. Axa/0,4 ml | 10 amp.-strz.po 0,4 ml | 05909990716821 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 79,80 | 86,18 | 91,36 | 100,66 | 45,81 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po 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 | 58,05 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 2471 | Nadroparinum calcicum | Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 5700 j.m. Axa/0,6 ml | 10 amp.-strz.po 0,6 ml | 05909990075720 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 119,70 | 129,28 | 137,03 | 148,33 | 68,72 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po 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 | 82,81 |

| 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** |
| 2472 | Nadroparinum calcicum | Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 7600 j.m. Axa/0,8 ml | 10 amp.-strz.po 0,8 ml | 05909990716920 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 152,00 | 164,16 | 174,01 | 187,30 | 91,63 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po 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 | 98,87 |

| 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** |
| 2473 | Nadroparinum calcicum | Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 11400 j.m. Axa/0,6 ml | 10 amp.-strz.po 0,6 ml | 05909990836932 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 182,63 | 197,24 | 209,08 | 224,38 | 137,44 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po 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 | 91,21 |

| 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** |
| 2474 | Nadroparinum calcicum | Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 15200 j.m. AXa/0,8 ml | 10 amp.-strz.po 0,8 ml | 05909990837038 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 245,60 | 265,25 | 281,17 | 298,46 | 183,25 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po 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 | 120,90 |
| 2475 | 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** |
| 2476 | Naproxenum | Anapran EC, tabl. dojel., 250 mg | 60 szt. | 05909991054991 | 2024-04-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 13,49 | 14,57 | 15,44 | 19,53 | 15,33 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 10,68 |
| 2477 | Naproxenum | Anapran EC, tabl. dojel., 500 mg | 60 szt. | 05909991055066 | 2024-04-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 27,24 | 29,42 | 31,18 | 37,82 | 30,66 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 20,24 |
| 2478 | Naproxenum | Apo-Napro, tabl., 250 mg | 30 szt. | 05909990661404 | 2022-01-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 7,25 | 7,83 | 8,37 | 10,64 | 7,67 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 6,81 |
| 2479 | Naproxenum | Apo-Napro, tabl., 250 mg | 90 szt. | 05909990661435 | 2022-01-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 20,75 | 22,41 | 23,76 | 29,22 | 23,00 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 17,72 |
| 2480 | Naproxenum | Apo-Napro, tabl., 500 mg | 30 szt. | 05909990661442 | 2022-01-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 14,53 | 15,69 | 16,63 | 20,72 | 15,33 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 13,06 |
| 2481 | Naproxenum | Naproxen 250 Hasco, tabl., 250 mg | 30 szt. | 05909991040529 | 2022-01-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 7,20 | 7,78 | 8,32 | 10,59 | 7,67 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 6,76 |
| 2482 | Naproxenum | Naproxen 250 Hasco, tabl., 250 mg | 50 szt. | 05909991040536 | 2022-01-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 12,00 | 12,96 | 13,74 | 17,29 | 12,78 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 10,90 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 2483 | Naproxenum | Naproxen 500 Hasco, tabl., 500 mg | 15 szt. | 05909990644179 | 2022-01-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 7,20 | 7,78 | 8,32 | 10,59 | 7,67 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 6,76 |
| 2484 | Naproxenum | Naproxen 500 Hasco, tabl., 500 mg | 30 szt. | 05909990644186 | 2023-01-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 13,50 | 14,58 | 15,45 | 19,54 | 15,33 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 11,88 |
| 2485 | Naproxenum | Naproxen Genoptim, tabl., 250 mg | 30 szt. | 05909991390099 | 2023-09-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 5,35 | 5,78 | 6,32 | 8,59 | 7,67 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 4,76 |
| 2486 | Naproxenum | Naproxen Genoptim, tabl., 500 mg | 30 szt. | 05909991390143 | 2023-09-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 10,70 | 11,56 | 12,25 | 16,34 | 15,33 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 8,68 |
| 2487 | Naproxenum | Naproxen Hasco, czopki, 250 mg | 10 szt. | 05909990914319 | 2022-01-01 | 3 lata | 141.2, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doodbytniczego | 8,00 | 8,64 | 9,18 | 11,76 | 8,85 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 7,34 |
| 2488 | Naproxenum | Naproxen Hasco, czopki, 500 mg | 10 szt. | 05909990914418 | 2022-01-01 | 3 lata | 141.2, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doodbytniczego | 12,00 | 12,96 | 13,74 | 18,27 | 17,70 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 9,42 |
| 2489 | Naproxenum | Naproxen Polfarmex, tabl., 500 mg | 20 szt. | 05909990466818 | 2022-01-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 10,60 | 11,45 | 12,14 | 15,05 | 10,22 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 9,94 |
| 2490 | Naproxenum | Naproxen Polfarmex, tabl., 500 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990860685 | 2022-09-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 13,90 | 15,01 | 15,91 | 20,00 | 15,33 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 12,34 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 2491 | Naproxenum natricum | Anapran, tabl. 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 |
| 2492 | 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 |
| 2493 | 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 |
| 2494 | 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 |
| 2495 | 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 |
| 2496 | 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 |
| 2497 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 2498 | Naproxenum natricum | Nalgesin Forte, tabl. 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 |
| 2499 | 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 |
| 2500 | Natrii valproas | Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg | 100 szt. | 05909990042371 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 161.2, Leki 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 |
| 2501 | 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 |
| 2502 | Natrii valproas | Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg | 100 szt. | 05909990042364 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 161.2, Leki 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 |
| 2503 | 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 |
| 2504 | Natrii valproas | Convival Chrono, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg | 50 szt. | 05909990930166 | 2021-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 161.2, Leki 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 |
| 2505 | Natrii valproas | Convival Chrono, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg | 50 szt. | 05909990930166 | 2021-07-01 | 3 lata | 161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu | 23,60 | 25,49 | 27,02 | 34,82 | 34,82 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |

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

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 2518 | Nebivololum | Nebilet, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909990670185 | 2021-05-01 | 3 lata | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 11,52 | 12,44 | 13,19 | 16,56 | 12,14 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 7,62 |
| 2519 | Nebivololum | Nebinad, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909990648719 | 2021-11-01 | 3 lata | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 11,20 | 12,10 | 12,82 | 16,19 | 12,14 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 7,25 |
| 2520 | Nebivololum | Nebispes, tabl., 5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990673865 | 2022-05-01 | 3 lata | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 11,00 | 11,88 | 12,59 | 15,96 | 12,14 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 7,02 |
| 2521 | Nebivololum | NebivoLEK, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909990653300 | 2023-03-01 | 3 lata | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 8,90 | 9,61 | 10,18 | 13,55 | 12,14 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 4,61 |
| 2522 | Nebivololum | NebivoLEK, tabl., 5 mg | 56 szt. | 05907626703597 | 2021-11-01 | 3 lata | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 15,20 | 16,42 | 17,40 | 23,06 | 23,06 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 5,97 |
| 2523 | Nebivololum | Nebivolol Aurovitas, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909991357047 | 2022-11-01 | 3 lata | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 7,62 | 8,23 | 8,77 | 12,14 | 12,14 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 2524 | Nebivololum | Nebivolol Krka, tabl., 5 mg | 30 szt. | 03838989716172 | 2023-09-01 | 3 lata | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 8,05 | 8,69 | 9,23 | 12,81 | 12,81 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 2525 | Nebivololum | Nebivor, tabl., 5 mg | 100 szt. | 05909990641000 | 2021-09-01 | 3 lata | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 28,50 | 30,78 | 32,63 | 40,60 | 40,60 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 10,67 |
| 2526 | Nebivololum | Nebivor, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990640997 | 2021-09-01 | 3 lata | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 8,50 | 9,18 | 9,73 | 13,31 | 13,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,50 |
| 2527 | Nebivololum | Nedal, tabl., 5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990642809 | 2024-04-01 | 3 lata | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 13,08 | 14,13 | 14,97 | 18,34 | 12,14 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 8,46 |
| 2528 | Nimesulidum | Aulin, tabl., 100 mg | 15 szt. | 05909990411320 | 2022-01-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 6,00 | 6,48 | 7,02 | 8,33 | 3,83 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 6,42 |
| 2529 | Nimesulidum | Aulin, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg | 30 sasz. po 2 g | 05909990411436 | 2021-07-01 | 3 lata | 141.4, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 11,80 | 12,74 | 13,51 | 18,21 | 18,09 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 9,17 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych 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 | Nimesulidum | Aulin, tabl., 100 mg | 30 szt. | 05909990411337 | 2022-01-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 11,98 | 12,94 | 13,72 | 15,99 | 7,67 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 12,16 |
| 2531 | Nimesulidum | Nimesil, 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 |
| 2532 | Nitrendipinum | Nitrendypina EGIS, tabl., 10 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 05909990694778 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 3,55 | 3,83 | 4,37 | 5,84 | 4,33 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | ryczałt | 4,71 |
| 2533 | Nitrendipinum | Nitrendypina EGIS, tabl., 10 mg | 60 szt. (4 blist.po 15 szt.) | 05909990694785 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 7,10 | 7,67 | 8,21 | 10,80 | 8,67 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | ryczałt | 5,33 |
| 2534 | Nitrendipinum | Nitrendypina EGIS, tabl., 20 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 05909990694761 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 5,20 | 5,62 | 6,16 | 8,75 | 8,67 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | ryczałt | 3,28 |
| 2535 | Nitrendipinum | Nitrendypina EGIS, tabl., 20 mg | 60 szt. (4 blist.po 15 szt.) | 05909990694754 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 10,48 | 11,32 | 12,00 | 16,55 | 16,55 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | ryczałt | 6,40 |
| 2536 | Norethisteroni 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 |
| 2537 | 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 |
| 2538 | 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 |
| 2539 | Octreotidum | Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 10 mg | 1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml | 05909990459711 | <1>2022-01-01/<2>2021-07-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, <1>9 miesięcy/<2>3 lata - dla kolumny 15 | 79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd | 519,22 | 560,76 | 594,40 | 623,70 | 612,21 | <1>Akromegalia; <2>Leczenie objawów u pacjentów z hormonalnie czynnymi guzami żołądka, jelit i trzustki, którzy 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 |
| 2540 | Octreotidum | Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 20 mg | 1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml | 05909990459612 | <1>2022-01-01/<2>2021-07-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, <1>9 miesięcy/<2>3 lata - dla kolumny 15 | 79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd | 1038,45 | 1121,53 | 1188,82 | 1230,35 | 1224,42 | <1>Akromegalia; <2>Leczenie objawów u pacjentów z hormonalnie czynnymi guzami żołądka, jelit i trzustki, którzy 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 |
| 2541 | Octreotidum | Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 30 mg | 1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml | 05909990459513 | <1>2022-07-01/<2>2021-07-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 3 miesiące/<2>3 lata - dla kolumny 15 | 79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd | 1557,67 | 1682,28 | 1783,22 | 1836,63 | 1836,63 | <1>Akromegalia; <2>Leczenie objawów u pacjentów z hormonalnie czynnymi guzami żołądka, jelit i trzustki, którzy 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 |
| 2542 | 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 |
| 2543 | 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 |
| 2544 | Olanzapina | Olanzin, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909991369781 | 2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 52,00 | 56,16 | 59,53 | 73,12 | 73,12 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2545 | Olanzapina | Olanzin, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909991369743 | 2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 25,60 | 27,65 | 29,31 | 38,90 | 38,90 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2546 | Olanzapinum | Anzorin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 28 szt. | 05909990806799 | 2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 52,00 | 56,16 | 59,53 | 72,80 | 72,80 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2547 | Olanzapinum | Anzorin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 28 szt. | 05909990806843 | 2022-03-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 77,50 | 83,70 | 88,72 | 104,01 | 104,01 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 4,48 |
| 2548 | Olanzapinum | Anzorin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg | 28 szt. | 05909990806881 | 2022-03-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 103,00 | 111,24 | 117,91 | 135,18 | 135,18 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 5,97 |
| 2549 | Olanzapinum | Anzorin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 28 szt. | 05909990806751 | 2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 26,00 | 28,08 | 29,76 | 39,05 | 39,05 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2550 | Olanzapinum | Egolanza, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909991480592 | 2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 66,80 | 72,14 | 76,47 | 89,74 | 89,74 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2551 | Olanzapinum | Egolanza, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909991461294 | 2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 67,20 | 72,58 | 76,93 | 90,20 | 90,20 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2552 | Olanzapinum | Egolanza, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990824106 | 2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 70,00 | 75,60 | 80,14 | 93,41 | 91,86 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 4,75 |
| 2553 | Olanzapinum | Egolanza, tabl. powl., 10 mg | 56 szt. | 05909991480622 | 2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 133,60 | 144,29 | 152,95 | 170,22 | 170,22 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 5,97 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 2554 | Olanzapinum | Egolanza, tabl. powl., 10 mg | 56 szt. | 05909991461300 | 2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 134,40 | 145,15 | 153,86 | 171,13 | 171,13 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 5,97 |
| 2555 | Olanzapinum | Egolanza, tabl. powl., 10 mg | 56 szt. | 05909990827343 | 2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 138,80 | 149,90 | 158,90 | 176,17 | 176,17 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 5,97 |
| 2556 | Olanzapinum | Egolanza, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909990824076 | 2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 35,00 | 37,80 | 40,07 | 49,36 | 45,93 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 6,63 |
| 2557 | Olanzapinum | Egolanza, tabl. powl., 5 mg | 56 szt. | 05909991095666 | 2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 69,40 | 74,95 | 79,44 | 92,71 | 91,86 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 4,05 |
| 2558 | Olanzapinum | Olanzapina Mylan, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990697649 | <1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 58,60 | 63,29 | 67,09 | 80,36 | 80,36 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2559 | Olanzapinum | Olanzapina Mylan, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 28 szt. | 05909991136475 | 2021-09-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 58,60 | 63,29 | 67,09 | 80,36 | 80,36 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2560 | Olanzapinum | Olanzapina Mylan, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 28 szt. | 05909991136499 | 2023-09-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 79,80 | 86,18 | 91,36 | 106,65 | 106,65 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 4,48 |
| 2561 | Olanzapinum | Olanzapina Mylan, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg | 28 szt. | 05909991136512 | 2023-09-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 106,40 | 114,91 | 121,80 | 139,07 | 139,07 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 5,97 |
| 2562 | Olanzapinum | Olanzapina Mylan, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909990697526 | <1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 29,30 | 31,64 | 33,54 | 42,83 | 42,83 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2563 | Olanzapinum | Olanzapina Mylan, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 28 szt. | 05909991136451 | 2021-09-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 29,30 | 31,64 | 33,54 | 42,83 | 42,83 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 2564 | Olanzapinum | Olanzapine +pharma, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05901720140074 | 2022-07-01 - dla kolumny 14, 2022-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 68,00 | 73,44 | 77,85 | 91,44 | 91,44 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2565 | Olanzapinum | Olanzapine +pharma, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05901720140067 | 2022-07-01 - dla kolumny 14, 2022-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 34,00 | 36,72 | 38,92 | 48,51 | 48,51 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2566 | Olanzapinum | Olanzapine Apotex, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990793365 | <1>2022-05-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 70,26 | 75,88 | 80,44 | 93,71 | 91,86 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 5,05 |
| 2567 | Olanzapinum | Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 28 szt. | 05909990793389 | <1>2022-05-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 70,26 | 75,88 | 80,44 | 93,71 | 91,86 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 5,05 |
| 2568 | Olanzapinum | Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 98 szt. | 05909991230616 | 2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 241,00 | 260,28 | 275,90 | 296,47 | 296,47 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 10,45 |
| 2569 | Olanzapinum | Olanzapine Apotex, tabl. powl., 10 mg | 98 szt. | 05909991230593 | 2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 251,50 | 271,62 | 287,92 | 308,49 | 308,49 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 10,45 |
| 2570 | Olanzapinum | Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg | 28 szt. | 05909990793402 | 2022-05-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 137,73 | 148,75 | 157,67 | 174,94 | 174,94 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 5,97 |
| 2571 | Olanzapinum | Olanzapine Apotex, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909990793341 | <1>2022-05-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 33,58 | 36,27 | 38,44 | 47,73 | 45,93 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 5,00 |
| 2572 | Olanzapinum | Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 98 szt. | 05909991230609 | 2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 120,50 | 130,14 | 137,95 | 154,23 | 154,23 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 5,23 |
| 2573 | Olanzapinum | Olanzapine Apotex, tabl. powl., 5 mg | 98 szt. | 05909991230586 | 2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 125,00 | 135,00 | 143,10 | 159,38 | 159,38 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 5,23 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 2574 | Olanzapinum | Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 28 szt. | 05909990865956 | 2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 37,90 | 40,93 | 43,38 | 56,65 | 56,65 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2575 | Olanzapinum | Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 28 szt. | 05909990866021 | 2022-11-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 56,85 | 61,40 | 65,08 | 80,37 | 80,37 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 4,48 |
| 2576 | Olanzapinum | Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 28 szt. | 05909990865901 | 2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 18,95 | 20,47 | 21,70 | 30,99 | 30,99 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2577 | Olanzapinum | Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 28 szt. | 05909990763467 | 2021-07-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 72,80 | 78,62 | 83,34 | 96,61 | 91,86 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 7,95 |
| 2578 | Olanzapinum | Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 28 szt. | 05909990763481 | 2021-11-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 109,20 | 117,94 | 125,01 | 140,30 | 137,79 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 6,99 |
| 2579 | Olanzapinum | Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg | 28 szt. | 05909990763498 | 2021-11-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 145,60 | 157,25 | 166,69 | 183,96 | 183,72 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 6,21 |
| 2580 | Olanzapinum | Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 28 szt. | 05909990763443 | 2021-07-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 36,40 | 39,31 | 41,67 | 50,96 | 45,93 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 8,23 |
| 2581 | Olanzapinum | Olanzapine Mylan, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05901878600451 | 2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 55,95 | 60,43 | 64,05 | 77,32 | 77,32 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2582 | Olanzapinum | Olanzapine Mylan, tabl. powl., 10 mg | 98 szt. | 05902020926870 | 2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 184,00 | 198,72 | 210,64 | 231,21 | 231,21 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 10,45 |
| 2583 | Olanzapinum | Olanzaran, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909990766901 | 2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 58,00 | 62,64 | 66,40 | 79,67 | 79,67 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2584 | Olanzapinum | Olanzaran, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 28 szt. | 05909990767052 | 2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 58,00 | 62,64 | 66,40 | 79,67 | 79,67 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 2585 | Olanzapinum | Olanzaran, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909990766895 | 2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 26,60 | 28,73 | 30,46 | 39,75 | 39,75 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2586 | Olanzapinum | Olanzin, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990637218 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 67,32 | 72,71 | 77,07 | 90,34 | 90,34 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2587 | Olanzapinum | Olanzin, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909990637126 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 31,68 | 34,21 | 36,27 | 45,56 | 45,56 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2588 | Olanzapinum | Olazax, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909990782246 | 2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 61,60 | 66,53 | 70,52 | 83,79 | 83,79 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2589 | Olanzapinum | Olazax, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909990782239 | 2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 30,80 | 33,26 | 35,26 | 44,55 | 44,55 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2590 | Olanzapinum | Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 28 szt. | 05909990782260 | 2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 61,60 | 66,53 | 70,52 | 83,79 | 83,79 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2591 | Olanzapinum | Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 28 tabl. | 05909991094539 | 2022-05-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 92,40 | 99,79 | 105,78 | 121,07 | 121,07 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 4,48 |
| 2592 | Olanzapinum | Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg | 28 szt. | 05909990925186 | 2022-05-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 123,20 | 133,06 | 141,04 | 158,31 | 158,31 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 5,97 |
| 2593 | Olanzapinum | Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 28 szt. | 05909990782253 | 2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 30,80 | 33,26 | 35,26 | 44,55 | 44,55 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2594 | Olanzapinum | Olpinat, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990781805 | <1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 64,00 | 69,12 | 73,27 | 86,54 | 86,54 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |

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

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

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 2615 | Olanzapinum | Zalasta, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909991081911 | <1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 68,28 | 73,74 | 78,17 | 91,44 | 91,44 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2616 | Olanzapinum | Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 70 szt. | 05909990069897 | 2021-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 178,49 | 192,77 | 204,34 | 222,73 | 222,73 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 7,47 |
| 2617 | Olanzapinum | Zalasta, tabl., 10 mg | 70 szt. | 05909990069361 | 2021-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 178,49 | 192,77 | 204,34 | 222,73 | 222,73 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 7,47 |
| 2618 | Olanzapinum | Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 28 szt. | 05909990069958 | <1>2022-01-01/<2>2022-05-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 102,43 | 110,62 | 117,27 | 132,56 | 132,56 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 4,48 |
| 2619 | Olanzapinum | Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 70 szt. | 05909990069989 | 2021-05-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 267,74 | 289,16 | 306,50 | 327,61 | 327,61 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 11,20 |
| 2620 | Olanzapinum | Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg | 28 szt. | 05909990070008 | <1>2022-01-01/<2>2022-05-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 136,57 | 147,50 | 156,34 | 173,61 | 173,61 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 5,97 |
| 2621 | Olanzapinum | Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg | 70 szt. | 05909990070046 | 2021-05-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 356,99 | 385,55 | 408,68 | 432,52 | 432,52 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 14,93 |
| 2622 | Olanzapinum | Zalasta, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05901878600826 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 22,68 | 24,49 | 25,96 | 35,25 | 35,25 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2623 | Olanzapinum | Zalasta, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05903792743078 | 2021-07-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 22,70 | 24,52 | 25,98 | 35,27 | 35,27 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2624 | Olanzapinum | Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 28 szt. | 05909990069705 | <1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 34,14 | 36,87 | 39,09 | 48,38 | 45,93 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 5,65 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 2625 | Olanzapinum | Zalasta, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909991081812 | <1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 34,14 | 36,87 | 39,09 | 48,38 | 45,93 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 5,65 |
| 2626 | Olanzapinum | Zalasta, tabl., 5 mg | 70 szt. | 05909990069293 | 2021-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 89,25 | 96,39 | 102,18 | 116,48 | 114,82 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 5,39 |
| 2627 | Olanzapinum | Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 70 szt. | 05909990069750 | 2021-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 89,25 | 96,39 | 102,18 | 116,48 | 114,82 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 5,39 |
| 2628 | Olanzapinum | Zolafren, tabl. powl., 10 mg | 120 szt. | 05906414000610 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 312,48 | 337,48 | 357,73 | 380,01 | 380,01 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 11,52 |
| 2629 | Olanzapinum | Zolafren, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909990917013 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 80,70 | 87,16 | 92,38 | 105,97 | 98,42 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 9,68 |
| 2630 | Olanzapinum | Zolafren, kaps. twarde, 10 mg | 30 szt. | 05909991064716 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 80,70 | 87,16 | 92,38 | 105,97 | 98,42 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 9,68 |
| 2631 | Olanzapinum | Zolafren, tabl. powl., 10 mg | 90 szt. | 05909991191184 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 242,10 | 261,47 | 277,16 | 297,11 | 295,26 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 10,31 |
| 2632 | Olanzapinum | Zolafren, tabl. powl., 15 mg | 30 szt. | 05906414002737 | 2024-04-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 117,15 | 126,52 | 134,11 | 149,82 | 147,63 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 6,29 |
| 2633 | Olanzapinum | Zolafren, tabl. powl., 15 mg | 90 szt. | 05906414002744 | 2024-04-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 351,45 | 379,57 | 402,34 | 425,79 | 425,79 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 12,96 |
| 2634 | Olanzapinum | Zolafren, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05906414002751 | 2024-04-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 156,20 | 168,70 | 178,82 | 196,44 | 196,44 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 5,76 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 2635 | Olanzapinum | Zolafren, tabl. powl., 20 mg | 90 szt. | 05906414002768 | 2024-04-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 468,60 | 506,09 | 536,46 | 563,41 | 563,41 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 17,28 |
| 2636 | Olanzapinum | Zolafren, tabl. powl., 5 mg | 120 szt. | 05906414000603 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 156,24 | 168,74 | 178,86 | 196,48 | 196,48 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 5,76 |
| 2637 | Olanzapinum | Zolafren, kaps. twarde, 5 mg | 30 szt. | 05909991064518 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 37,03 | 39,99 | 42,39 | 51,98 | 49,21 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 5,37 |
| 2638 | Olanzapinum | Zolafren, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909990916917 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 40,35 | 43,58 | 46,19 | 55,78 | 49,21 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 8,79 |
| 2639 | Olanzapinum | Zolafren, tabl. powl., 5 mg | 90 szt. | 05909991191177 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 121,05 | 130,73 | 138,57 | 154,28 | 147,63 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 10,31 |
| 2640 | Olanzapinum | Zolafren, kaps. twarde, 7.5 mg | 30 szt. | 05909991064617 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 55,55 | 59,99 | 63,59 | 75,30 | 73,82 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 4,21 |
| 2641 | Olanzapinum | Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 112 szt. | 05906414000696 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 291,65 | 314,98 | 333,88 | 355,54 | 355,54 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 10,76 |
| 2642 | Olanzapinum | Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 28 szt. | 05909990775682 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 74,75 | 80,73 | 85,58 | 98,85 | 91,86 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 9,17 |
| 2643 | Olanzapinum | Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 84 szt. | 05906414000665 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 219,97 | 237,57 | 251,82 | 271,30 | 271,30 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 8,06 |
| 2644 | Olanzapinum | Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 112 szt. | 05906414000702 | 2024-04-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 437,47 | 472,47 | 500,82 | 526,83 | 526,83 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 16,13 |
| 2645 | Olanzapinum | Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 28 szt. | 05909990775712 | 2024-04-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 112,13 | 121,10 | 128,37 | 143,66 | 137,79 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 9,32 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 2646 | Olanzapinum | Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 84 szt. | 05906414000672 | 2024-04-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 329,96 | 356,36 | 377,74 | 400,49 | 400,49 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 12,10 |
| 2647 | Olanzapinum | Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg | 112 szt. | 05906414000719 | 2024-04-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 583,30 | 629,96 | 667,76 | 698,13 | 698,13 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 21,50 |
| 2648 | Olanzapinum | Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg | 28 szt. | 05909990775729 | 2024-04-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 149,51 | 161,47 | 171,16 | 188,43 | 183,72 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 9,61 |
| 2649 | Olanzapinum | Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg | 84 szt. | 05906414000689 | 2024-04-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 439,94 | 475,14 | 503,65 | 529,66 | 529,66 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 16,13 |
| 2650 | Olanzapinum | Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 112 szt. | 05906414000658 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 145,82 | 157,49 | 166,94 | 184,21 | 183,72 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 5,81 |
| 2651 | Olanzapinum | Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 28 szt. | 05909990775675 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 37,37 | 40,36 | 42,78 | 52,07 | 45,93 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 8,41 |
| 2652 | Olanzapinum | Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 84 szt. | 05906414000641 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 109,98 | 118,78 | 125,91 | 141,20 | 137,79 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 7,10 |
| 2653 | Olanzapinum | Zolaxa, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909991097011 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 73,17 | 79,02 | 83,76 | 97,35 | 97,35 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 2,88 |
| 2654 | Olanzapinum | Zolaxa, tabl. powl., 10 mg | 90 szt. | 05903060609709 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 229,49 | 247,85 | 262,72 | 282,67 | 282,67 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 8,64 |
| 2655 | Olanzapinum | Zolaxa, tabl. powl., 15 mg | 30 szt. | 05909990849581 | 2024-04-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 117,90 | 127,33 | 134,97 | 150,68 | 147,63 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 7,07 |
| 2656 | Olanzapinum | Zolaxa, tabl. powl., 15 mg | 90 szt. | 05903060609716 | 2024-04-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 346,95 | 374,71 | 397,19 | 420,64 | 420,64 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 12,96 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 2657 | Olanzapinum | Zolaxa, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909990849635 | 2024-04-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 162,00 | 174,96 | 185,46 | 203,08 | 196,84 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 11,38 |
| 2658 | Olanzapinum | Zolaxa, tabl. powl., 20 mg | 90 szt. | 05903060609723 | 2024-04-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 466,20 | 503,50 | 533,70 | 560,65 | 560,65 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 17,28 |
| 2659 | Olanzapinum | Zolaxa, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909991096816 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 36,29 | 39,19 | 41,55 | 51,14 | 49,21 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 4,62 |
| 2660 | Olanzapinum | Zolaxa, tabl. powl., 5 mg | 90 szt. | 05903060609693 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 112,21 | 121,19 | 128,46 | 144,17 | 144,17 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 4,32 |
| 2661 | Olanzapinum | Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 28 szt. | 05909990892129 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 71,96 | 77,72 | 82,38 | 95,65 | 91,86 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 6,29 |
| 2662 | Olanzapinum | Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 56 szt. | 05909990892143 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 145,60 | 157,25 | 166,69 | 183,96 | 183,72 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 5,59 |
| 2663 | Olanzapinum | Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 28 szt. | 05909990892150 | 2024-04-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 110,88 | 119,75 | 126,93 | 142,22 | 137,79 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 8,02 |
| 2664 | Olanzapinum | Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 56 szt. | 05909990892174 | 2024-04-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 222,60 | 240,41 | 254,84 | 274,32 | 274,32 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 8,06 |
| 2665 | Olanzapinum | Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg | 28 szt. | 05909990892303 | 2024-04-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 149,52 | 161,48 | 171,17 | 188,44 | 183,72 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 9,62 |
| 2666 | Olanzapinum | Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg | 56 szt. | 05909990892341 | 2024-04-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 299,04 | 322,96 | 342,34 | 364,00 | 364,00 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 10,76 |
| 2667 | Olanzapinum | Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 28 szt. | 05909990892082 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 34,16 | 36,89 | 39,11 | 48,40 | 45,93 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 5,10 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 2668 | Olanzapinum | Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 56 szt. | 05909990892105 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 71,12 | 76,81 | 81,42 | 94,69 | 91,86 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 5,43 |
| 2669 | Olanzapinum | Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 28 szt. | 05909990914647 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 58,25 | 62,91 | 66,69 | 79,96 | 79,96 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2670 | Olanzapinum | Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg | 28 szt. | 05909990914661 | 2024-04-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 112,00 | 120,96 | 128,22 | 145,49 | 145,49 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 5,97 |
| 2671 | Olanzapinum | Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 28 szt. | 05909990914630 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 28,80 | 31,10 | 32,97 | 42,26 | 42,26 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2672 | Olanzapinum | ZypAdhera, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 210 mg | 1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + 1 strzykawka + 3 igły | 05909990686803 | 2022-01-01 | 3 lata | 178.4, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 506,00 | 546,48 | 579,27 | 608,25 | 607,13 | Schizofrenia u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia olanzapiną w postaci doustnej, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego | | ryczałt | 4,32 |
| 2673 | Olanzapinum | ZypAdhera, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg | 1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + 1 strzykawka + 3 igły | 05909990686827 | 2022-01-01 | 3 lata | 178.4, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 727,57 | 785,78 | 832,92 | 867,33 | 867,33 | Schizofrenia u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia olanzapiną w postaci doustnej, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego | | ryczałt | 3,20 |
| 2674 | Olanzapinum | ZypAdhera, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 405 mg | 1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + 1 strzykawka + 3 igły | 05909990686834 | 2022-01-01 | 3 lata | 178.4, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 982,26 | 1060,84 | 1124,50 | 1164,74 | 1164,74 | Schizofrenia u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia olanzapiną w postaci doustnej, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego | | ryczałt | 4,32 |
| 2675 | Olodaterolum + Tiotropium | Spiolto Respimat, roztwór do inhalacji, 2,5+2,5 µg | 1 wkład 30 dawek + 1 inh. | 05909991257439 | 2024-04-01 | 1 rok 9 miesięcy | 201.3, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o długim działaniu | 141,75 | 153,09 | 162,28 | 177,58 | 134,31 | Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia | | 30% | 83,56 |
| 2676 | Olodaterolum + Tiotropium | Spiolto Respimat, roztwór do inhalacji, 2,5+2,5 µg | wkład uzupełniający 30 dawek | 05909991432034 | 2022-05-01 | 3 lata | 201.3, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o długim działaniu | 136,60 | 147,53 | 156,38 | 171,68 | 134,31 | Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia | | 30% | 77,66 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 2677 | 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 |
| 2678 | 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 |
| 2679 | 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 |
| 2680 | 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 |
| 2681 | 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 |
| 2682 | 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 |
| 2683 | 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 |
| 2684 | 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 |
| 2685 | 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 |
| 2686 | 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 |
| 2687 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 2688 | Omeprazolum | Heligen Neo, kaps. dojelitowe, twarde, 20 mg | 28 szt. | 05909991274467 | 2021-05-01 - dla kolumny 14, 2021-05-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 4,97 | 5,37 | 5,91 | 9,66 | 9,66 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 4,83 |
| 2689 | Omeprazolum | Heligen Neo, kaps. dojelitowe, twarde, 40 mg | 28 szt. | 05909991274511 | 2021-05-01 - dla kolumny 14, 2021-05-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 9,94 | 10,74 | 11,38 | 17,59 | 17,59 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 8,80 |
| 2690 | Omeprazolum | Omeprazole Genoptim, kaps., 20 mg | 28 szt. | 05909990668779 | 2021-05-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 5,98 | 6,46 | 7,00 | 10,75 | 10,75 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 5,38 |
| 2691 | 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 |
| 2692 | 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 |
| 2693 | 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 |
| 2694 | 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 |
| 2695 | 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 |
| 2696 | 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 |
| 2697 | Omeprazolum | Progastim, kaps. dojel., 20 mg | 1 but.po 28 szt. | 05909990635450 | 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 | 9,45 | 10,21 | 10,82 | 14,57 | 12,43 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 8,36 |
| 2698 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 2699 | 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 |
| 2700 | 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 |
| 2701 | 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 |
| 2702 | Ondansetronum | Ondansetron Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4 mg | 10 szt. | 05909990777044 | 2022-01-01 | 3 lata | 7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego | 15,95 | 17,23 | 18,26 | 24,17 | 22,67 | Nowotwory złośliwe | | ryczałt | 4,70 |
| 2703 | Ondansetronum | Ondansetron Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 8 mg | 10 szt. | 05909990777150 | 2022-01-01 | 3 lata | 7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego | 25,90 | 27,97 | 29,65 | 38,48 | 38,48 | Nowotwory złośliwe | | ryczałt | 3,20 |
| 2704 | Ondansetronum | Setronon, tabl. powl., 8 mg | 10 szt. | 05909990994717 | 2022-01-01 | 3 lata | 7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego | 31,90 | 34,45 | 36,51 | 45,34 | 45,34 | Nowotwory złośliwe | | ryczałt | 3,20 |
| 2705 | Ondansetronum | Zofran, tabl. 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 |
| 2706 | 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 |
| 2707 | Ondansetronum | Zofran Zydis, liofilizat doustny, 8 mg | 10 szt. | 05909990888016 | 2022-01-01 | 3 lata | 7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego | 42,50 | 45,90 | 48,65 | 57,48 | 45,34 | Nowotwory złośliwe | | ryczałt | 15,34 |
| 2708 | Oxcarbazepinum | Karbagen, tabl. 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 |
| 2709 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 2710 | Oxcarbazepinum | Karbagen, tabl. 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 |
| 2711 | 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 |
| 2712 | 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 |
| 2713 | 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 |
| 2714 | 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 |
| 2715 | 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 |
| 2716 | Oxybutynini hydrochloridum | Driptane, tabl., 5 mg | 60 szt. | 05909990783816 | 2022-01-01 | 3 lata | 75.1, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - oksybutynina | 15,10 | 16,31 | 17,29 | 21,88 | 17,55 | Stwardnienie rozsiane | | 30% | 9,60 |
| 2717 | Oxybutynini hydrochloridum | Oxybutyninum Aflofarm, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909991427184 | 2023-09-01 | 3 lata | 75.1, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - oksybutynina | 5,66 | 6,11 | 6,65 | 9,27 | 8,78 | Stwardnienie rozsiane | | 30% | 3,12 |
| 2718 | Oxybutynini hydrochloridum | Oxybutyninum Aflofarm, tabl., 5 mg | 60 szt. | 05909991427191 | 2023-09-01 | 3 lata | 75.1, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - oksybutynina | 11,32 | 12,23 | 12,96 | 17,55 | 17,55 | Stwardnienie rozsiane | | 30% | 5,27 |
| 2719 | Oxycodoni hydrochloridum | Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 100 szt. | 05909990940769 | 2021-09-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 55,00 | 59,40 | 62,96 | 73,77 | 58,85 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 18,12 |
| 2720 | Oxycodoni hydrochloridum | Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 100 szt. | 05909990940769 | 2021-09-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 55,00 | 59,40 | 62,96 | 73,77 | 58,85 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 18,12 |
| 2721 | Oxycodoni hydrochloridum | Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg | 100 szt. | 05909990941247 | 2021-09-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 110,00 | 118,80 | 125,93 | 140,74 | 117,69 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 26,25 |

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

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 2735 | Oxycodoni hydrochloridum | OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg | 60 szt. | 05909990644049 | 2022-01-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 259,20 | 279,94 | 296,73 | 316,89 | 282,46 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 41,26 |
| 2736 | Oxycodoni hydrochloridum | OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg | 60 szt. | 05909990644049 | 2022-01-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 259,20 | 279,94 | 296,73 | 316,89 | 282,46 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 41,26 |
| 2737 | Oxycodoni hydrochloridum | Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 60 szt. | 05909990839643 | 2021-11-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 28,64 | 30,93 | 32,79 | 41,06 | 35,31 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 8,95 |
| 2738 | Oxycodoni hydrochloridum | Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 60 szt. | 05909990839643 | 2021-11-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 28,64 | 30,93 | 32,79 | 41,06 | 35,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 8,95 |
| 2739 | Oxycodoni hydrochloridum | Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg | 60 szt. | 05909990839780 | 2021-11-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 57,28 | 61,86 | 65,58 | 77,49 | 70,62 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 10,07 |
| 2740 | Oxycodoni hydrochloridum | Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg | 60 szt. | 05909990839780 | 2021-11-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 57,28 | 61,86 | 65,58 | 77,49 | 70,62 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 10,07 |
| 2741 | Oxycodoni hydrochloridum | Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg | 60 szt. | 05909990840038 | 2021-11-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 114,56 | 123,72 | 131,14 | 147,05 | 141,23 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 9,23 |
| 2742 | Oxycodoni hydrochloridum | Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg | 60 szt. | 05909990840038 | 2021-11-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 114,56 | 123,72 | 131,14 | 147,05 | 141,23 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 9,23 |
| 2743 | Oxycodoni hydrochloridum | Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg | 60 szt. | 05909990839469 | 2021-11-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 14,32 | 15,47 | 16,39 | 21,84 | 17,65 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 7,39 |
| 2744 | Oxycodoni hydrochloridum | Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg | 60 szt. | 05909990839469 | 2021-11-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 14,32 | 15,47 | 16,39 | 21,84 | 17,65 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 7,39 |
| 2745 | Oxycodoni hydrochloridum | Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg | 60 szt. | 05909990840182 | 2021-11-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 229,12 | 247,45 | 262,30 | 282,46 | 282,46 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 6,83 |
| 2746 | Oxycodoni hydrochloridum | Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg | 60 szt. | 05909990840182 | 2021-11-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 229,12 | 247,45 | 262,30 | 282,46 | 282,46 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 6,83 |
| 2747 | Oxycodoni hydrochloridum | Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 60 tabl. | 05909991184827 | 2023-01-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 27,49 | 29,69 | 31,47 | 39,74 | 35,31 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | 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** |
| 2748 | Oxycodoni hydrochloridum | Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 60 tabl. | 05909991184827 | 2023-01-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 27,49 | 29,69 | 31,47 | 39,74 | 35,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 7,63 |
| 2749 | Oxycodoni hydrochloridum | Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg | 60 tabl. | 05909991184865 | 2023-01-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 58,74 | 63,44 | 67,24 | 79,15 | 70,62 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 11,73 |
| 2750 | Oxycodoni hydrochloridum | Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg | 60 tabl. | 05909991184865 | 2023-01-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 58,74 | 63,44 | 67,24 | 79,15 | 70,62 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 11,73 |
| 2751 | Oxycodoni hydrochloridum | Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg | 60 tabl. | 05909991184902 | 2023-01-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 124,50 | 134,46 | 142,53 | 158,44 | 141,23 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 20,62 |
| 2752 | Oxycodoni hydrochloridum | Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg | 60 tabl. | 05909991184902 | 2023-01-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 124,50 | 134,46 | 142,53 | 158,44 | 141,23 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 20,62 |
| 2753 | Oxycodoni hydrochloridum | Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg | 60 tabl. | 05909991184742 | 2023-01-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 15,80 | 17,06 | 18,09 | 23,54 | 17,65 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 9,09 |
| 2754 | Oxycodoni hydrochloridum | Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg | 60 tabl. | 05909991184742 | 2023-01-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 15,80 | 17,06 | 18,09 | 23,54 | 17,65 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 9,09 |
| 2755 | Oxycodoni hydrochloridum | Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg | 60 tabl. | 05909991184940 | 2023-01-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 259,20 | 279,94 | 296,73 | 316,89 | 282,46 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 41,26 |
| 2756 | Oxycodoni hydrochloridum | Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg | 60 tabl. | 05909991184940 | 2023-01-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 259,20 | 279,94 | 296,73 | 316,89 | 282,46 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 41,26 |
| 2757 | Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum | Oxyduo, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg | 60 szt. | 05908289660425 | 2022-09-01 | 3 lata | 150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach | 67,96 | 73,40 | 77,80 | 90,09 | 86,48 | Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe | | bezpłatny do limitu | 3,61 |
| 2758 | Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum | Oxyduo, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg | 60 szt. | 05908289660432 | 2022-09-01 | 3 lata | 150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach | 143,22 | 154,68 | 163,95 | 180,24 | 172,96 | Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe | | bezpłatny do limitu | 7,28 |
| 2759 | Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum | Oxyduo, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40+20 mg | 60 szt. | 05908289660449 | 2022-09-01 | 3 lata | 150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach | 286,44 | 309,36 | 327,92 | 348,50 | 345,92 | Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe | | bezpłatny do limitu | 2,58 |
| 2760 | Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum | Oxyduo, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5+2,5 mg | 60 szt. | 05908289660418 | 2022-09-01 | 3 lata | 150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach | 33,98 | 36,70 | 38,90 | 47,45 | 43,24 | Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe | | bezpłatny do limitu | 4,21 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 2761 | Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum | Oxylaxon, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg | 30 szt. | 05909991381677 | 2022-05-01 | 3 lata | 150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach | 30,30 | 32,72 | 34,69 | 43,24 | 43,24 | Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2762 | Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum | Oxylaxon, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg | 30 szt. | 05909991381783 | 2022-05-01 | 3 lata | 150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach | 60,60 | 65,45 | 69,38 | 81,67 | 81,67 | Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2763 | Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum | Oxylaxon, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 40+20 mg | 30 szt. | 05909991381899 | 2022-05-01 | 3 lata | 150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach | 121,20 | 130,90 | 138,75 | 155,04 | 155,04 | Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2764 | Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum | Oxylaxon, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 5+2,5 mg | 30 szt. | 05909991381561 | 2022-05-01 | 3 lata | 150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach | 17,10 | 18,47 | 19,58 | 25,27 | 21,62 | Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe | | bezpłatny do limitu | 3,65 |
| 2765 | Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum | Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg | 60 szt. | 05909990741366 | 2022-05-01 | 3 lata | 150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach | 76,00 | 82,08 | 87,00 | 99,29 | 86,48 | Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe | | bezpłatny do limitu | 12,81 |
| 2766 | Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum | Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg | 60 szt. | 05909990741472 | 2022-05-01 | 3 lata | 150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach | 136,00 | 146,88 | 155,69 | 171,98 | 171,98 | Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2767 | Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum | Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40+20 mg | 60 szt. | 05909990741595 | 2022-05-01 | 3 lata | 150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach | 272,00 | 293,76 | 311,39 | 331,97 | 331,97 | Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2768 | Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum | Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5+2,5 mg | 60 szt. | 05909990741878 | 2022-05-01 | 3 lata | 150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach | 34,00 | 36,72 | 38,92 | 47,47 | 43,24 | Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe | | bezpłatny do limitu | 4,23 |
| 2769 | Paliperidonum | Egoropal, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg | 1 amp.-strz.+ 2 igły | 05995327188713 | 2023-03-01 | 3 lata | 178.14, Leki przeciwpsychotyczne - 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 |
| 2770 | Paliperidonum | Egoropal, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 1 amp.-strz.+ 2 igły | 05995327188720 | 2023-03-01 | 3 lata | 178.14, Leki przeciwpsychotyczne - 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 2771 | Paliperidonum | Egoropal, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg | 1 amp.-strz.+ 2 igły | 05995327188706 | 2023-03-01 | 3 lata | 178.14, Leki przeciwpsychotyczne - 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 |
| 2772 | Paliperidonum | Palifren Long, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg | 1 amp.-strz.+ 2 igły | 05900411009065 | 2023-03-01 | 3 lata | 178.14, Leki przeciwpsychotyczne - 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 |
| 2773 | Paliperidonum | Palifren Long, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 1 amp.-strz.+ 2 igły | 05900411009058 | 2023-03-01 | 3 lata | 178.14, Leki przeciwpsychotyczne - 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 |
| 2774 | Paliperidonum | Palifren Long, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg | 1 amp.-strz.+ 2 igły | 05900411009089 | 2023-03-01 | 3 lata | 178.14, Leki przeciwpsychotyczne - 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 |
| 2775 | Paliperidonum | Palifren Long, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg | 1 amp.-strz.+ 2 igły | 05900411009072 | 2023-03-01 | 3 lata | 178.14, Leki przeciwpsychotyczne - 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 |
| 2776 | Paliperidonum | Paliperidone Teva, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg | 1 amp.-strz. 1 ml | 05909991475468 | 2023-03-01 | 3 lata | 178.14, Leki przeciwpsychotyczne - 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 |
| 2777 | Paliperidonum | Paliperidone Teva, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 1 amp.-strz. 1,5 ml | 05909991475475 | 2023-03-01 | 3 lata | 178.14, Leki przeciwpsychotyczne - 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 2778 | Paliperidonum | Paliperidone Teva, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg | 1 amp.-strz. 0,75 ml | 05909991475420 | 2023-03-01 | 3 lata | 178.14, Leki przeciwpsychotyczne - 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 |
| 2779 | Paliperidonum | Trevicta, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 263 mg | 1 amp.-strz. 1,315ml + 2 igły | 05909991281465 | 2024-01-01 | 3 lata | 178.14, Leki przeciwpsychotyczne - 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 |
| 2780 | Paliperidonum | Trevicta, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 350 mg | 1 amp.-strz. 1,75ml + 2 igły | 05909991281472 | 2024-01-01 | 3 lata | 178.14, Leki przeciwpsychotyczne - 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 |
| 2781 | Paliperidonum | Trevicta, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 525 mg | 1 amp.-strz. 2,625ml + 2 igły | 05909991281489 | 2024-01-01 | 3 lata | 178.14, Leki przeciwpsychotyczne - 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 |
| 2782 | Paliperidonum | Xeplion, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg | 1 amp.-strz. + 2 igły | 05909990861194 | 2022-09-01 | 3 lata | 178.14, Leki przeciwpsychotyczne - 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 |
| 2783 | Paliperidonum | Xeplion, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 1 amp.-strz. + 2 igły | 05909990861200 | 2022-09-01 | 3 lata | 178.14, Leki przeciwpsychotyczne - 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 |
| 2784 | Paliperidonum | Xeplion, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg | 1 amp.-strz. + 2 igły | 05909990861187 | 2022-09-01 | 3 lata | 178.14, Leki przeciwpsychotyczne - 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 |
| 2785 | 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 |

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

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

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

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

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

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 2842 | 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 |
| 2843 | 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 |
| 2844 | 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 |
| 2845 | Patiromer calcium | Veltassa, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 8,4 mg | 30 sasz. | 07640166811459 | 2024-04-01 | 2 lata | 270.0, Leki stosowane w leczeniu 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 |
| 2846 | 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 |
| 2847 | 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 |
| 2848 | 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 |
| 2849 | 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 |
| 2850 | 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 |
| 2851 | 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 |
| 2852 | 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 |
| 2853 | 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 |
| 2854 | 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 |
| 2855 | 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 | 24,34 | 11,17 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | ryczałt | 19,57 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 2856 | 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 | 24,34 | 11,17 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | ryczałt | 19,57 |
| 2857 | 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 | 12,34 | 5,58 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | ryczałt | 9,96 |
| 2858 | 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 | 12,34 | 5,58 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | ryczałt | 9,96 |
| 2859 | 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 | 26,18 | 11,17 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | ryczałt | 21,41 |
| 2860 | 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 | 8,37 | 2,79 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 8,37 |
| 2861 | 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 | 16,12 | 5,58 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | ryczałt | 13,74 |
| 2862 | Perindoprilum | Prenessa, tabl., 4 mg | 30 szt. (1 x 30 szt.) | 05909990569311 | 2022-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 9,85 | 10,64 | 11,28 | 13,09 | 5,58 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 10,71 |
| 2863 | Perindoprilum argininum | Prestarium 10 mg, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909990336081 | 2022-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 27,96 | 30,20 | 32,01 | 35,29 | 11,17 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 30,52 |
| 2864 | Perindoprilum argininum | Prestarium 5 mg, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909990337774 | 2022-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 17,73 | 19,15 | 20,29 | 22,10 | 5,58 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 19,72 |
| 2865 | Perindoprilum argininum + Amlodipinum | Aramlessa, tabl., 10+10 mg | 30 szt. | 03838989745554 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 18,30 | 19,76 | 20,95 | 24,23 | 11,17 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | ryczałt | 19,46 |
| 2866 | Perindoprilum argininum + Amlodipinum | Aramlessa, tabl., 10+5 mg | 30 szt. | 03838989745547 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 18,30 | 19,76 | 20,95 | 24,23 | 11,17 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | ryczałt | 19,46 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 2867 | Perindoprilum argininum + Amlodipinum | Aramlessa, tabl., 5+5 mg | 30 szt. | 03838989745523 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 9,15 | 9,88 | 10,48 | 12,29 | 5,58 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | ryczałt | 9,91 |
| 2868 | Perindoprilum argininum + Amlodipinum | Co-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 | 31,67 | 11,17 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | ryczałt | 26,90 |
| 2869 | Perindoprilum argininum + Amlodipinum | Co-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 | 31,67 | 11,17 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | ryczałt | 26,90 |
| 2870 | Perindoprilum argininum + Amlodipinum | Co-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 | 20,42 | 5,58 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | ryczałt | 18,04 |
| 2871 | Perindoprilum argininum + Amlodipinum | Co-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 | 20,42 | 5,58 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | ryczałt | 18,04 |
| 2872 | Perindoprilum argininum + Indapamidum | Noliprel Bi-Forte, tabl. 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 | 41,02 | 11,17 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | ryczałt | 36,25 |
| 2873 | Perindoprilum argininum + Indapamidum | Noliprel Forte, tabl. 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 | 26,67 | 5,58 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | ryczałt | 24,29 |
| 2874 | Perindoprilum argininum + Indapamidum | Tertensif Bi-Kombi, tabl. 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 | 41,02 | 11,17 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | ryczałt | 36,25 |
| 2875 | Perindoprilum argininum + Indapamidum | Tertensif Kombi, tabl. 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 | 26,67 | 5,58 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | ryczałt | 24,29 |
| 2876 | Phenobarbitalum | Luminalum, tabl., 100 mg | 10 szt. | 05909990260614 | 2023-01-01 | 3 lata | 155.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - fenobarbital - postacie do podawania doustnego | 5,75 | 6,21 | 6,75 | 8,80 | 6,91 | Padaczka | | ryczałt | 5,09 |
| 2877 | Phenobarbitalum | Luminalum Unia, tabl., 100 mg | 10 szt. | 05909990812615 | 2022-01-01 | 3 lata | 155.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - fenobarbital - postacie do podawania doustnego | 4,00 | 4,32 | 4,86 | 6,91 | 6,91 | Padaczka | | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 2878 | Phenoxymethylpenicillinum | Ospen 1500, tabl. 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 | 49,75 | 49,75 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów po autologicznym lub allogenicznym przeszczepie szpiku - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z zaburzeniami odporności - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z chorobami rozrostowymi układu krwiotwórczego - profilaktyka | ryczałt | 3,20 |
| 2879 | Phenoxymethylpenicillinum | Ospen 750, zawiesina doustna, 750000 j.m./5 ml | 150 ml | 05909990363223 | 2023-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 88.4, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - płynne postacie farmaceutyczne | 42,42 | 45,81 | 48,57 | 57,11 | 46,60 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów po autologicznym lub allogenicznym przeszczepie szpiku - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z zaburzeniami odporności - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z chorobami rozrostowymi układu krwiotwórczego - profilaktyka | ryczałt | 13,71 |
| 2880 | Phenoxymethylpenicillinum kalicum | Ospen 1000, tabl. powl., 1000000 j.m. | 12 szt. | 05909990070916 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 88.3, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - stałe postacie farmaceutyczne | 5,36 | 5,79 | 6,33 | 10,31 | 10,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów po autologicznym lub allogenicznym przeszczepie szpiku - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z zaburzeniami odporności - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z chorobami rozrostowymi układu krwiotwórczego - profilaktyka | ryczałt | 3,20 |
| 2881 | Phenoxymethylpenicillinum kalicum | Ospen 1000, tabl. powl., 1000000 j.m. | 30 szt. | 05909990070923 | 2021-05-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 88.3, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - stałe postacie farmaceutyczne | 24,03 | 25,95 | 27,51 | 34,99 | 34,99 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów po autologicznym lub allogenicznym przeszczepie szpiku - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z zaburzeniami odporności - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z chorobami rozrostowymi układu krwiotwórczego - profilaktyka | ryczałt | 3,20 |
| 2882 | Phenoxymethylpenicillinum kalicum | Ospen 1500, tabl. powl., 1500000 j.m. | 12 szt. | 05909990071012 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 88.3, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - stałe postacie farmaceutyczne | 8,05 | 8,69 | 9,23 | 14,52 | 14,52 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów po autologicznym lub allogenicznym przeszczepie szpiku - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z zaburzeniami odporności - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z chorobami rozrostowymi układu krwiotwórczego - profilaktyka | ryczałt | 3,20 |
| 2883 | 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 |
| 2884 | 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 |
| 2885 | Phenytoinum | Phenytoinum WZF, tabl., 100 mg | 60 szt. | 05909990093519 | 2024-04-01 | 3 lata | 156.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - fenytoina | 10,00 | 10,80 | 11,45 | 15,66 | 15,66 | Padaczka | | ryczałt | 2,88 |
| 2886 | Phytomenadionum (vit. K1) | Vitacon, tabl. drażowane, 10 mg | 30 szt. | 05909990772810 | 2024-04-01 | 3 lata | 25.0, Witamina K i inne leki hemostatyczne - fytomenadion | 40,83 | 44,10 | 46,74 | 56,76 | 56,76 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 2,88 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 2887 | Pilocarpini hydrochloridum | Pilocarpinum WZF 2%, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml | 10 ml (2x5 ml) | 05909990237524 | 2022-01-01 | 3 lata | 211.0, Leki przeciwjaskrowe - parasympatykomimetyki - pilokarpina | 12,50 | 13,50 | 14,31 | 19,24 | 19,24 | Jaskra | | 30% | 5,77 |
| 2888 | 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 |
| 2889 | pojedyncze alergoidy pyłków roślin | Purethal, zawiesina do wstrzykiwań, 20000 AUM/ml | 1 fiol.po 3 ml + 8 strz. z igłą | 05909990975310 | 2022-01-01 | 3 lata | 214.4, Alergeny pyłków roślin - produkty do leczenia podtrzymującego | 217,00 | 234,36 | 248,42 | 268,20 | 268,20 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 2890 | Posaconazolum | Posaconazole Glenmark, zawiesina doustna, 40 mg/ml | 105 ml | 08595112678152 | 2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 112.0, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - pochodne triazolu - posaconazol | 588,00 | 635,04 | 673,14 | 704,40 | 704,40 | Zapobieganie inwazyjnym zakażeniom grzybiczym u pacjentów po przeszczepieniu szpiku (HSCT), którzy otrzymują duże dawki leków immunosupresyjnych z powodu choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi i u których jest duże ryzyko rozwoju inwazyjnych zakażeń grzybiczych | <1> zespół mielodysplastyczny (MDS) u dzieci poniżej 18 roku życia przygotowywanych do przeszczepienia komórek krwiotwórczych; stan po przeszczepieniu krwiotwórczych komórek macierzystych u dzieci poniżej 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze, do czasu stabilnego wszczepienia i zakończenia leczenia immunosupresyjnego; <2> przewlekła choroba ziarniniakowa charakteryzująca się wysoką częstością grzybiczych zakażeń narządowych; ostra białaczka limfoblastyczna u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; chłoniaki złośliwe u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; nowotwory lite u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 2891 | 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 | 715,28 | 706,69 | Zapobieganie inwazyjnym zakażeniom grzybiczym u pacjentów po przeszczepieniu szpiku (HSCT), którzy otrzymują duże dawki leków immunosupresyjnych z powodu choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi i u których jest duże ryzyko rozwoju inwazyjnych zakażeń grzybiczych | <1> zespół mielodysplastyczny (MDS) u dzieci poniżej 18 roku życia przygotowywanych do przeszczepienia komórek krwiotwórczych; stan po przeszczepieniu krwiotwórczych komórek macierzystych u dzieci poniżej 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze, do czasu stabilnego wszczepienia i zakończenia leczenia immunosupresyjnego; <2> przewlekła choroba ziarniniakowa charakteryzująca się wysoką częstością grzybiczych zakażeń narządowych; ostra białaczka limfoblastyczna u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; chłoniaki złośliwe u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; nowotwory lite u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii | ryczałt | 11,79 |
| 2892 | 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 | 706,69 | 706,69 | Zapobieganie inwazyjnym zakażeniom grzybiczym u pacjentów po przeszczepieniu szpiku (HSCT), którzy otrzymują duże dawki leków immunosupresyjnych z powodu choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi i u których jest duże ryzyko rozwoju inwazyjnych zakażeń grzybiczych | <1> zespół mielodysplastyczny (MDS) u dzieci poniżej 18 roku życia przygotowywanych do przeszczepienia komórek krwiotwórczych; stan po przeszczepieniu krwiotwórczych komórek macierzystych u dzieci poniżej 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze, do czasu stabilnego wszczepienia i zakończenia leczenia immunosupresyjnego; <2> przewlekła choroba ziarniniakowa charakteryzująca się wysoką częstością grzybiczych zakażeń narządowych; ostra białaczka limfoblastyczna u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; chłoniaki złośliwe u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; nowotwory lite u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 2893 | 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 | 704,40 | 704,40 | Zapobieganie inwazyjnym zakażeniom grzybiczym u pacjentów po przeszczepieniu szpiku (HSCT), którzy otrzymują duże dawki leków immunosupresyjnych z powodu choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi i u których jest duże ryzyko rozwoju inwazyjnych zakażeń grzybiczych | <1> zespół mielodysplastyczny (MDS) u dzieci poniżej 18 roku życia przygotowywanych do przeszczepienia komórek krwiotwórczych; stan po przeszczepieniu krwiotwórczych komórek macierzystych u dzieci poniżej 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze, do czasu stabilnego wszczepienia i zakończenia leczenia immunosupresyjnego; <2> przewlekła choroba ziarniniakowa charakteryzująca się wysoką częstością grzybiczych zakażeń narządowych; ostra białaczka limfoblastyczna u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; chłoniaki złośliwe u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; nowotwory lite u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii | ryczałt | 3,20 |
| 2894 | 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 |
| 2895 | 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 |
| 2896 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 2897 | Pramipexolum | Oprymea, tabl. o 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 |
| 2898 | Prednisolonum | Encortolon, tabl., 5 mg | 20 szt. | 05904374007946 | 2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 82.4, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednisolon | 8,90 | 9,61 | 10,18 | 13,03 | 9,07 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | autoimmunizacyjne zapalenie trzustki u dzieci do 18 roku życia; eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 7,16 |
| 2899 | Prednisolonum | Predasol, tabl., 20 mg | 20 szt. | 05909991356712 | 2021-11-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 82.4, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednisolon | 25,00 | 27,00 | 28,62 | 36,26 | 36,26 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | autoimmunizacyjne zapalenie trzustki u dzieci do 18 roku życia; eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 4,27 |
| 2900 | Prednisonum | Encorton, tabl., 1 mg | 20 szt. | 05909991289416 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison | 8,60 | 9,29 | 9,85 | 10,62 | 1,50 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>miastenia; zespół miasteniczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 9,56 |
| 2901 | Prednisonum | Encorton, tabl., 1 mg | 20 szt. | 05909991289416 | 2024-04-01 | 3 lata | 82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison | 8,60 | 9,29 | 9,85 | 10,62 | 1,50 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 8,21 |
| 2902 | Prednisonum | Encorton, tabl., 10 mg | 20 szt. | 05909990405312 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison | 18,70 | 20,20 | 21,41 | 25,74 | 15,03 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>miastenia; zespół miasteniczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 12,52 |
| 2903 | Prednisonum | Encorton, tabl., 10 mg | 20 szt. | 05909990405312 | 2024-04-01 | 3 lata | 82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison | 18,70 | 20,20 | 21,41 | 25,74 | 15,03 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 9,64 |

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

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

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

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 2933 | Propafenoni hydrochloridum | Polfenon, tabl. 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 |
| 2934 | 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 |
| 2935 | 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 |
| 2936 | Propranololi hydrochloridum | Propranolol WZF, tabl., 10 mg | 50 szt. | 05909990112111 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego | 3,60 | 3,89 | 4,43 | 5,36 | 2,33 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | napady anoksemiczne u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka; niewydolność serca u dzieci do 18 roku życia; naczyniaki wczesnoniemowlęce u dzieci do 18 roku życia; naczyniaki płaskie; naczyniaki jamiste | ryczałt | 4,82 |
| 2937 | Propranololi hydrochloridum | Propranolol WZF, tabl., 40 mg | 50 szt. | 05909990112210 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego | 5,64 | 6,09 | 6,63 | 9,30 | 9,30 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | napady anoksemiczne u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka; niewydolność serca u dzieci do 18 roku życia; naczyniaki wczesnoniemowlęce u dzieci do 18 roku życia; naczyniaki płaskie; naczyniaki jamiste | ryczałt | 2,88 |
| 2938 | 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 |
| 2939 | Pyridostigmini bromidum | Mestinon, tabl. drażowane, 60 mg | 150 szt. | 05909991014421 | 2022-01-01 | 3 lata | 188.0, Leki parasympatykomimetyczne - bromek pirydostygminy | 90,86 | 98,13 | 104,01 | 118,56 | 118,56 | Miastenia | | ryczałt | 5,33 |
| 2940 | Pyridostigmini bromidum | Mestinon, tabl. drażowane, 60 mg | 150 szt. | 05909991014421 | 2022-01-01 | 3 lata | 188.0, Leki parasympatykomimetyczne - bromek pirydostygminy | 90,86 | 98,13 | 104,01 | 118,56 | 118,56 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 35,57 |
| 2941 | Quetiapinum | ApoTiapina, tabl. powl., 100 mg | 60 tabl. | 05909990910762 | 2022-09-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 37,00 | 39,96 | 42,36 | 51,72 | 44,41 | Schizofrenia, Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 10,51 |
| 2942 | Quetiapinum | ApoTiapina, tabl. powl., 200 mg | 60 tabl. | 05909990910779 | 2022-09-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 74,00 | 79,92 | 84,72 | 98,08 | 88,82 | Schizofrenia, Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 12,46 |
| 2943 | Quetiapinum | ApoTiapina, tabl. powl., 25 mg | 30 tabl. | 05909990897780 | 2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 5,40 | 5,83 | 6,37 | 8,47 | 5,55 | Schizofrenia, Choroba afektywna dwubiegunowa | zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem | ryczałt | 6,12 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 2944 | Quetiapinum | Bonogren, tabl. powl., 100 mg | 60 szt. | 05909990719853 | <1>2022-01-01/<2>2022-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 30,50 | 32,94 | 34,92 | 44,28 | 44,28 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 3,20 |
| 2945 | Quetiapinum | Bonogren, tabl. powl., 200 mg | 60 szt. | 05909990720163 | <1>2022-01-01/<2>2022-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 62,00 | 66,96 | 70,98 | 84,34 | 84,34 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 3,20 |
| 2946 | Quetiapinum | Bonogren, tabl. powl., 25 mg | 30 szt. | 05909990719389 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 5,10 | 5,51 | 6,05 | 8,15 | 5,55 | Schizofrenia | zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem | ryczałt | 5,80 |
| 2947 | Quetiapinum | Bonogren, tabl. powl., 300 mg | 60 szt. | 05909990720309 | <1>2022-01-01/<2>2022-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 93,00 | 100,44 | 106,47 | 121,83 | 121,83 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 4,80 |
| 2948 | Quetiapinum | Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 60 szt. | 05909991326319 | 2023-11-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 63,00 | 68,04 | 72,12 | 85,48 | 85,48 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 3,20 |
| 2949 | Quetiapinum | Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg | 60 szt. | 05909991326371 | 2023-11-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 96,00 | 103,68 | 109,90 | 125,26 | 125,26 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 4,80 |
| 2950 | Quetiapinum | Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg | 60 szt. | 05909991326432 | 2023-11-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 130,00 | 140,40 | 148,82 | 166,18 | 166,18 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 6,40 |
| 2951 | Quetiapinum | Etiagen, tabl. powl., 100 mg | 60 szt. | 05909990806362 | 2022-01-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 33,80 | 36,50 | 38,70 | 48,06 | 44,41 | Schizofrenia | | ryczałt | 6,85 |
| 2952 | Quetiapinum | Etiagen, tabl. powl., 200 mg | 60 szt. | 05909990806386 | 2022-01-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 67,60 | 73,01 | 77,39 | 90,75 | 88,82 | Schizofrenia | | ryczałt | 5,13 |
| 2953 | Quetiapinum | Etiagen, tabl. powl., 25 mg | 30 szt. | 05909990806355 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 5,30 | 5,72 | 6,26 | 8,36 | 5,55 | Schizofrenia | zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem | ryczałt | 6,01 |
| 2954 | Quetiapinum | Kefrenex, tabl. powl., 100 mg | 60 szt. | 05909990722365 | <1>2022-01-01/<2>2022-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 32,75 | 35,37 | 37,50 | 46,86 | 44,41 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 5,65 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 2955 | Quetiapinum | Kefrenex, tabl. powl., 200 mg | 60 szt. | 05909990722426 | <1>2022-01-01/<2>2022-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 65,50 | 70,74 | 74,98 | 88,34 | 88,34 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 3,20 |
| 2956 | Quetiapinum | Kefrenex, tabl. powl., 300 mg | 60 szt. | 05909990722327 | 2022-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 98,25 | 106,11 | 112,48 | 127,84 | 127,84 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 4,80 |
| 2957 | Quetiapinum | Ketilept 100 mg, tabl. powl., 100 mg | 60 szt. | 05909990055562 | 2022-01-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 35,64 | 38,49 | 40,80 | 50,16 | 44,41 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 8,95 |
| 2958 | Quetiapinum | Ketilept 200 mg, tabl. powl., 200 mg | 60 szt. | 05909990055593 | 2022-01-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 70,29 | 75,91 | 80,47 | 93,83 | 88,82 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 8,21 |
| 2959 | Quetiapinum | Ketilept 25 mg, tabl. powl., 25 mg | 30 szt. | 05909990055531 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 5,40 | 5,83 | 6,37 | 8,47 | 5,55 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem | ryczałt | 6,12 |
| 2960 | Quetiapinum | Ketilept 300 mg, tabl. powl., 300 mg | 60 szt. | 05909990055630 | 2022-01-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 105,14 | 113,55 | 120,37 | 135,73 | 133,22 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 7,31 |
| 2961 | Quetiapinum | Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 150 mg | 60 szt. | 05909991219420 | 2022-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 52,05 | 56,21 | 59,58 | 70,94 | 66,61 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 7,53 |
| 2962 | Quetiapinum | Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 200 mg | 60 szt. | 05909991219468 | 2022-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 69,40 | 74,95 | 79,44 | 92,80 | 88,82 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 7,18 |
| 2963 | Quetiapinum | Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 300 mg | 60 szt. | 05909991219505 | 2022-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 104,10 | 112,43 | 119,18 | 134,54 | 133,22 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 6,12 |
| 2964 | Quetiapinum | Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 400 mg | 60 szt. | 05909991219543 | 2022-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 138,80 | 149,90 | 158,90 | 176,26 | 176,26 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 6,40 |
| 2965 | Quetiapinum | Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 50 mg | 60 szt. | 05909991219383 | 2022-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 17,35 | 18,74 | 19,86 | 26,22 | 22,20 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 7,22 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 2966 | Quetiapinum | Ketipinor, tabl. powl., 100 mg | 100 szt. | 05909990058785 | <1>2022-01-01/<2>2022-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 59,10 | 63,83 | 67,66 | 79,69 | 74,01 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 8,88 |
| 2967 | Quetiapinum | Ketipinor, tabl. powl., 100 mg | 30 szt. | 05909990058778 | <1>2022-01-01/<2>2022-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 17,60 | 19,01 | 20,15 | 26,51 | 22,20 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 7,51 |
| 2968 | Quetiapinum | Ketipinor, tabl. powl., 100 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990081233 | 2022-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 36,70 | 39,64 | 42,01 | 51,37 | 44,41 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 10,16 |
| 2969 | Quetiapinum | Ketipinor, tabl. powl., 200 mg | 100 szt. | 05909990058761 | <1>2022-01-01/<2>2022-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 118,00 | 127,44 | 135,09 | 151,12 | 148,03 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 8,42 |
| 2970 | Quetiapinum | Ketipinor, tabl. powl., 200 mg | 30 szt. | 05909990058754 | <1>2022-01-01/<2>2022-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 34,70 | 37,48 | 39,72 | 49,08 | 44,41 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 7,87 |
| 2971 | Quetiapinum | Ketipinor, tabl. powl., 200 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990081196 | 2022-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 71,50 | 77,22 | 81,85 | 95,21 | 88,82 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 9,59 |
| 2972 | Quetiapinum | Ketipinor, tabl. powl., 25 mg | 100 szt. | 05909990058808 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 18,50 | 19,98 | 21,18 | 26,70 | 18,50 | Schizofrenia | zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem | ryczałt | 11,40 |
| 2973 | Quetiapinum | Ketipinor, tabl. powl., 300 mg | 60 szt. | 05909990779062 | <1>2022-01-01/<2>2022-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 103,95 | 112,27 | 119,01 | 134,37 | 133,22 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 5,95 |
| 2974 | Quetiapinum | Ketrel, tabl. powl., 100 mg | 60 szt. | 05909990430857 | 2022-01-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 39,40 | 42,55 | 45,10 | 54,46 | 44,41 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 13,25 |
| 2975 | Quetiapinum | Ketrel, tabl. powl., 200 mg | 60 szt. | 05909990430888 | 2022-01-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 78,00 | 84,24 | 89,29 | 102,65 | 88,82 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 17,03 |
| 2976 | Quetiapinum | Ketrel, tabl. powl., 25 mg | 30 szt. | 05909990430840 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 5,50 | 5,94 | 6,48 | 8,58 | 5,55 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem | ryczałt | 6,23 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 2977 | Quetiapinum | Kvelux SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 200 mg | 60 szt. | 05909991219901 | 2022-01-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 69,20 | 74,74 | 79,22 | 92,58 | 88,82 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 6,96 |
| 2978 | Quetiapinum | Kvelux SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 300 mg | 60 szt. | 05909991219963 | 2022-01-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 103,80 | 112,10 | 118,83 | 134,19 | 133,22 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 5,77 |
| 2979 | Quetiapinum | Kvelux SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 400 mg | 60 szt. | 05909991220020 | 2022-01-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 138,40 | 149,47 | 158,44 | 175,80 | 175,80 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 6,40 |
| 2980 | Quetiapinum | Kvelux SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 50 mg | 30 szt. | 05909991219758 | 2022-01-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 8,65 | 9,34 | 9,90 | 13,75 | 11,10 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 5,85 |
| 2981 | Quetiapinum | Kventiax 100 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 100 mg | 60 szt. | 05909990074143 | <1>2022-01-01/<2>2022-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 34,70 | 37,48 | 39,72 | 49,08 | 44,41 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 7,87 |
| 2982 | Quetiapinum | Kventiax 200 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 200 mg | 60 szt. | 05909990074235 | <1>2022-01-01/<2>2022-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 69,41 | 74,96 | 79,46 | 92,82 | 88,82 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 7,20 |
| 2983 | Quetiapinum | Kventiax 25 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 25 mg | 30 szt. | 05909990074068 | <1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 4,80 | 5,18 | 5,72 | 7,82 | 5,55 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem | ryczałt | 5,47 |
| 2984 | Quetiapinum | Kventiax 300 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 300 mg | 60 szt. | 05909990074280 | <1>2022-01-01/<2>2022-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 104,11 | 112,44 | 119,19 | 134,55 | 133,22 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 6,13 |
| 2985 | Quetiapinum | Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 60 szt. | 05909991205591 | 2021-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 51,75 | 55,89 | 59,25 | 70,61 | 66,61 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 7,20 |
| 2986 | Quetiapinum | Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 60 szt. | 05909991205676 | 2021-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 69,00 | 74,52 | 78,99 | 92,35 | 88,82 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 6,73 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 2987 | Quetiapinum | Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg | 60 szt. | 05909991205737 | 2021-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 103,50 | 111,78 | 118,49 | 133,85 | 133,22 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 5,43 |
| 2988 | Quetiapinum | Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg | 60 szt. | 05909991380922 | 2022-03-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 132,00 | 142,56 | 151,11 | 168,47 | 168,47 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 6,40 |
| 2989 | Quetiapinum | Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg | 60 szt. | 05909991255367 | 2022-03-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 17,30 | 18,68 | 19,81 | 26,17 | 22,20 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 7,17 |
| 2990 | Quetiapinum | Kwetaplex, tabl. powl., 100 mg | 60 szt. | 05909990688234 | <1>2022-01-01/<2>2022-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 38,00 | 41,04 | 43,50 | 52,86 | 44,41 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 11,65 |
| 2991 | Quetiapinum | Kwetaplex, tabl. powl., 150 mg | 60 szt. | 05909990688272 | <1>2022-01-01/<2>2022-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 57,00 | 61,56 | 65,25 | 76,61 | 66,61 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 13,20 |
| 2992 | Quetiapinum | Kwetaplex, tabl. powl., 200 mg | 60 szt. | 05909990688296 | <1>2022-01-01/<2>2022-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 76,00 | 82,08 | 87,00 | 100,36 | 88,82 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 14,74 |
| 2993 | Quetiapinum | Kwetaplex, tabl. powl., 25 mg | 30 szt. | 05909990688241 | <1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 5,48 | 5,92 | 6,46 | 8,56 | 5,55 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem | ryczałt | 6,21 |
| 2994 | Quetiapinum | Kwetaplex, tabl. powl., 300 mg | 60 szt. | 05909990688265 | <1>2022-01-01/<2>2022-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 114,00 | 123,12 | 130,51 | 145,87 | 133,22 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 17,45 |
| 2995 | Quetiapinum | Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 60 szt. | 05906414000894 | 2022-03-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 52,41 | 56,60 | 59,99 | 71,35 | 66,61 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 7,94 |
| 2996 | Quetiapinum | Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 60 szt. | 05909990965373 | 2022-11-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 70,00 | 75,60 | 80,14 | 93,50 | 88,82 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 7,88 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 2997 | Quetiapinum | Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg | 60 szt. | 05909990965403 | 2022-11-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 105,00 | 113,40 | 120,20 | 135,56 | 133,22 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 7,14 |
| 2998 | Quetiapinum | Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg | 60 szt. | 05909990965441 | 2022-11-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 140,00 | 151,20 | 160,27 | 177,63 | 177,63 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 6,40 |
| 2999 | Quetiapinum | Kwetaplex XR, tabl. powl., 50 mg | 30 szt. | 05909990965335 | 2022-03-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 8,65 | 9,34 | 9,90 | 13,75 | 11,10 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 5,85 |
| 3000 | Quetiapinum | Kwetina, tabl. powl., 100 mg | 60 szt. | 05909991498870 | 2023-11-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 34,00 | 36,72 | 38,92 | 48,28 | 44,41 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 7,07 |
| 3001 | Quetiapinum | Kwetina, tabl. powl., 200 mg | 60 szt. | 05909991498887 | 2023-11-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 68,00 | 73,44 | 77,85 | 91,21 | 88,82 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 5,59 |
| 3002 | Quetiapinum | Kwetina, tabl. powl., 25 mg | 30 szt. | 05909991498856 | 2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 4,33 | 4,68 | 5,22 | 7,32 | 5,55 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem | ryczałt | 4,97 |
| 3003 | Quetiapinum | Pinexet 100 mg, tabl. powl., 100 mg | 60 szt. | 05909990788590 | 2024-04-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 36,99 | 39,95 | 42,35 | 51,71 | 44,41 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 9,45 |
| 3004 | Quetiapinum | Pinexet 200 mg, tabl. powl., 200 mg | 60 szt. | 05909990788651 | 2024-04-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 72,99 | 78,83 | 83,56 | 96,92 | 88,82 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 10,17 |
| 3005 | Quetiapinum | Pinexet 25 mg, tabl. powl., 25 mg | 30 szt. | 05909990788583 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 5,19 | 5,61 | 6,15 | 8,25 | 5,55 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem | ryczałt | 5,31 |
| 3006 | Quetiapinum | Pinexet 300 mg, tabl. powl., 300 mg | 60 szt. | 05909990788675 | 2024-04-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 109,09 | 117,82 | 124,89 | 140,25 | 133,22 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 10,65 |
| 3007 | Quetiapinum | Setinin, tabl. powl., 100 mg | 60 szt. | 05909990736393 | 2022-03-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 34,33 | 37,08 | 39,30 | 48,66 | 44,41 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 7,45 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 3008 | Quetiapinum | Setinin, tabl. powl., 200 mg | 60 szt. | 05909990736461 | 2022-03-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 68,67 | 74,16 | 78,61 | 91,97 | 88,82 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 6,35 |
| 3009 | Quetiapinum | Setinin, tabl. powl., 300 mg | 60 szt. | 05909990736492 | 2022-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 103,00 | 111,24 | 117,91 | 133,27 | 133,22 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 4,85 |
| 3010 | Quetiapinum | Symquel XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 60 szt. | 05909991087180 | 2022-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 66,00 | 71,28 | 75,56 | 88,92 | 88,82 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 3,30 |
| 3011 | Quetiapinum | Symquel XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg | 60 szt. | 05909991087258 | 2022-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 99,00 | 106,92 | 113,34 | 128,70 | 128,70 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 4,80 |
| 3012 | Quetiapinum | Symquel XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg | 60 szt. | 05909991087005 | 2022-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 16,50 | 17,82 | 18,89 | 25,25 | 22,20 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 6,25 |
| 3013 | Quinapril | Pulsaren 20, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909991165710 | 2021-07-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 11,84 | 12,79 | 13,55 | 15,85 | 7,45 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci od 6 do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci od 6 do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci od 6 do 18 roku życia | ryczałt | 12,67 |
| 3014 | Quinaprilum | Acurenal, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909991125516 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,30 | 11,12 | 11,79 | 13,11 | 3,72 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci od 6 do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci od 6 do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci od 6 do 18 roku życia | ryczałt | 12,59 |
| 3015 | 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 | 19,25 | 7,45 | 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 | 16,07 |
| 3016 | 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 | 31,25 | 14,89 | 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 | 24,89 |
| 3017 | 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 | 1,86 | 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 | 9,37 |
| 3018 | Ramiprilum | Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991340766 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 9,29 | 10,03 | 10,64 | 16,17 | 16,17 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci 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 |
| 3019 | Ramiprilum | Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991308971 | 2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 9,32 | 10,07 | 10,67 | 16,20 | 16,20 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 12,80 |
| 3020 | Ramiprilum | Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990571468 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 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 | 18,35 | 18,35 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 12,80 |
| 3021 | Ramiprilum | Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg | 60 szt. | 05909990571475 | 2022-03-01 - dla kolumny 14, 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 | 34,65 | 34,65 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 25,60 |
| 3022 | Ramiprilum | Ampril 5 mg tabletki, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990571499 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 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 | 9,87 | 9,87 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 6,40 |
| 3023 | Ramiprilum | Ampril 5 mg tabletki, tabl., 5 mg | 60 szt. | 05909990571505 | 2022-03-01 - dla kolumny 14, 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 | 18,67 | 18,67 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 12,80 |
| 3024 | Ramiprilum | ApoRami/Ramipril Aurovitas, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991326012 | 2022-09-01 - dla kolumny 14, 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 | 21,33 | 21,33 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 12,80 |
| 3025 | Ramiprilum | ApoRami/Ramipril Aurovitas, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909991325954 | 2022-09-01 - dla kolumny 14, 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 | 11,27 | 11,17 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 6,50 |
| 3026 | Ramiprilum | Axtil, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990337989 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 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 | 22,39 | 22,34 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 12,85 |
| 3027 | Ramiprilum | Axtil, tabl., 2.5 mg | 30 szt. | 05909990337958 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 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 | 6,31 | 5,58 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 3,93 |
| 3028 | Ramiprilum | Axtil, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990337972 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 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 | 11,74 | 11,17 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 6,97 |
| 3029 | Ramiprilum | Piramil 10 mg, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909990661756 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 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 | 13,00 | 14,04 | 14,88 | 20,13 | 20,13 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 11,95 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 3030 | Ramiprilum | Piramil 10 mg, tabletki, 10 mg | 30 szt. | 05909991369910 | 2022-07-01 - dla kolumny 14, 2022-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 9,20 | 9,94 | 10,53 | 16,06 | 16,06 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 12,80 |
| 3031 | Ramiprilum | Piramil 10 mg, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991443016 | 2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 9,20 | 9,94 | 10,53 | 16,06 | 16,06 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 12,80 |
| 3032 | Ramiprilum | Piramil 10 mg, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991344603 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 9,29 | 10,03 | 10,64 | 16,17 | 16,17 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 12,80 |
| 3033 | Ramiprilum | Piramil 10 mg, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991477813 | 2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,00 | 10,80 | 11,45 | 16,98 | 16,98 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 12,80 |
| 3034 | Ramiprilum | Piramil 2,5 mg, tabl., 2.5 mg | 30 szt. | 05909990212170 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 4,30 | 4,64 | 5,18 | 6,99 | 5,58 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 4,61 |
| 3035 | Ramiprilum | Piramil 5 mg, tabletki, 5 mg | 30 szt. | 05909991369903 | 2022-07-01 - dla kolumny 14, 2022-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 6,64 | 7,17 | 7,71 | 10,99 | 10,99 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 6,40 |
| 3036 | Ramiprilum | Piramil 5 mg, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909991440787 | 2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 6,64 | 7,17 | 7,71 | 10,99 | 10,99 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 6,40 |
| 3037 | Ramiprilum | Piramil 5 mg, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909991338268 | 2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 6,65 | 7,18 | 7,72 | 11,00 | 11,00 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 6,40 |
| 3038 | Ramiprilum | Piramil 5 mg, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909991479305 | 2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 6,65 | 7,18 | 7,72 | 11,00 | 11,00 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 6,40 |
| 3039 | Ramiprilum | Piramil 5 mg, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990212248 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 7,00 | 7,56 | 8,10 | 11,38 | 11,17 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 6,61 |
| 3040 | Ramiprilum | Polpril, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909990924653 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 13,62 | 14,71 | 15,60 | 20,85 | 20,85 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 10,76 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 3041 | Ramiprilum | Polpril, kaps. twarde, 10 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990694655 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 14,79 | 15,97 | 16,93 | 22,18 | 20,85 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 11,95 |
| 3042 | Ramiprilum | Polpril, tabl., 2.5 mg | 28 szt. | 05909990924608 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 3,40 | 3,67 | 4,21 | 5,93 | 5,21 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 3,53 |
| 3043 | Ramiprilum | Polpril, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909990924646 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 6,81 | 7,35 | 7,89 | 10,97 | 10,43 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 5,86 |
| 3044 | Ramiprilum | Polpril, kaps. twarde, 5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990694631 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 7,29 | 7,87 | 8,41 | 11,49 | 10,43 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 6,33 |
| 3045 | Ramiprilum | Ramicor, tabl. 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 | 15,95 | 15,95 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 11,95 |
| 3046 | Ramiprilum | Ramicor, tabl. 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 | 4,91 | 4,91 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 3,20 |
| 3047 | Ramiprilum | Ramicor, tabl. 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 | 8,70 | 8,70 | 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 | 5,97 |
| 3048 | Ramiprilum | Ramipril Genoptim, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991316655 | 2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 11,00 | 11,88 | 12,59 | 17,84 | 17,84 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 11,95 |
| 3049 | Ramiprilum | Ramipril Genoptim, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909991316464 | 2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 5,50 | 5,94 | 6,48 | 9,56 | 9,56 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 5,97 |
| 3050 | Ramiprilum | Tritace 10, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991452100 | 2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 12,40 | 13,39 | 14,19 | 19,44 | 19,44 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 11,95 |
| 3051 | Ramiprilum | Tritace 10, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991411640 | 2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 12,48 | 13,48 | 14,29 | 19,54 | 19,54 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona 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 |
| 3052 | Ramiprilum | Tritace 10, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991427153 | 2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 12,48 | 13,48 | 14,29 | 19,54 | 19,54 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 11,95 |
| 3053 | Ramiprilum | Tritace 10, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991447540 | 2021-09-01 - dla kolumny 14, 2021-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 12,48 | 13,48 | 14,29 | 19,54 | 19,54 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 11,95 |
| 3054 | Ramiprilum | Tritace 10, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991458348 | 2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 12,48 | 13,48 | 14,29 | 19,54 | 19,54 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona 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 |
| 3055 | Ramiprilum | Tritace 10, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991463403 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 12,58 | 13,59 | 14,40 | 19,65 | 19,65 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 11,95 |
| 3056 | Ramiprilum | Tritace 10, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991401566 | 2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 12,60 | 13,61 | 14,43 | 19,68 | 19,68 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 11,95 |
| 3057 | Ramiprilum | Tritace 10, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909990916016 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 14,80 | 15,98 | 16,95 | 22,20 | 20,85 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 13,30 |
| 3058 | Ramiprilum | Tritace 2,5, tabl., 2.5 mg | 28 szt. | 05909990478217 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 6,82 | 7,37 | 7,91 | 9,63 | 5,21 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 7,62 |
| 3059 | Ramiprilum | Tritace 5, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909991482398 | 2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 6,70 | 7,24 | 7,78 | 10,86 | 10,43 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 6,40 |
| 3060 | Ramiprilum | Tritace 5, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909991480448 | 2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 6,70 | 7,24 | 7,78 | 10,86 | 10,43 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 6,40 |
| 3061 | Ramiprilum | Tritace 5, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909991480523 | 2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 6,70 | 7,24 | 7,78 | 10,86 | 10,43 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 6,40 |
| 3062 | Ramiprilum | Tritace 5, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909990478316 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 9,10 | 9,83 | 10,42 | 13,50 | 10,43 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 9,04 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 3063 | Ramiprilum | Vivace 10 mg, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991447939 | 2021-09-01 - dla kolumny 14, 2021-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 12,80 | 13,82 | 14,66 | 19,91 | 19,91 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 11,95 |
| 3064 | Ramiprilum | Vivace 10 mg, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991427276 | 2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 12,95 | 13,99 | 14,83 | 20,08 | 20,08 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 11,95 |
| 3065 | Ramiprilum | Vivace 10 mg, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991461973 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 13,10 | 14,15 | 15,00 | 20,25 | 20,25 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 11,95 |
| 3066 | Ramiprilum | Vivace 10 mg, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990610532 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 14,40 | 15,55 | 16,48 | 22,01 | 22,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 12,80 |
| 3067 | Ramiprilum | Vivace 10 mg, tabl., 10 mg | 90 szt. | 05909991004392 | 2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 43,08 | 46,53 | 49,31 | 59,67 | 59,67 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 38,40 |
| 3068 | Ramiprilum | Vivace 2,5 mg, tabl., 2.5 mg | 30 szt. | 05909990610440 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 3,60 | 3,89 | 4,43 | 6,24 | 5,58 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 3,86 |
| 3069 | Ramiprilum | Vivace 2,5 mg, tabl., 2.5 mg | 90 szt. | 05909991004378 | 2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,77 | 11,63 | 12,33 | 16,81 | 16,75 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 9,66 |
| 3070 | Ramiprilum | Vivace 5 mg, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909991427252 | 2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 6,39 | 6,90 | 7,44 | 10,52 | 10,43 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 6,06 |
| 3071 | Ramiprilum | Vivace 5 mg, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909991447953 | 2021-09-01 - dla kolumny 14, 2021-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 6,40 | 6,91 | 7,45 | 10,53 | 10,43 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 6,07 |
| 3072 | Ramiprilum | Vivace 5 mg, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909991461959 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 6,49 | 7,01 | 7,55 | 10,63 | 10,43 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 6,17 |
| 3073 | Ramiprilum | Vivace 5 mg, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990610495 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 7,20 | 7,78 | 8,32 | 11,60 | 11,17 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 6,83 |

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

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

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 3096 | Ramiprilum + Felodipinum | Delmuno 5, tabl. 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 | 18,42 | 10,43 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | ryczałt | 13,96 |
| 3097 | Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum | Ampril HD, tabl., 5+25 mg | 30 szt. | 05909990573233 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,40 | 11,23 | 11,90 | 15,18 | 11,17 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | ryczałt | 10,41 |
| 3098 | Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum | Ampril HL, tabl., 2,5+12,5 mg | 30 szt. | 05909990573226 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 7,49 | 8,09 | 8,63 | 10,44 | 5,58 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | ryczałt | 8,06 |
| 3099 | Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum | Tritace 2,5 Comb, tabl., 2,5+12,5 mg | 28 szt. | 05909990885312 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 7,45 | 8,05 | 8,59 | 10,31 | 5,21 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | ryczałt | 8,30 |
| 3100 | Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum | Tritace 5 Comb, tabl., 5+25 mg | 28 szt. | 05909990885411 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 9,10 | 9,83 | 10,42 | 13,50 | 10,43 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | ryczałt | 9,04 |
| 3101 | Relugolixum | Orgovyx, tabl. 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 |
| 3102 | 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 |
| 3103 | Rifampicinum | Rifampicyna TZF, kaps. twarde, 150 mg | 100 szt. | 05909990085019 | 2024-04-01 | 3 lata | 111.1, Leki przeciwprątkowe - antybiotyki - ryfampicyna | 115,00 | 124,20 | 131,65 | 147,58 | 141,75 | Gruźlica, w tym również gruźlica wielolekooporna i inne mykobakteriozy | | bezpłatny do limitu | 5,25 |
| 3104 | Rifampicinum | Rifampicyna TZF, kaps. twarde, 300 mg | 100 szt. | 05909990084913 | 2024-04-01 | 3 lata | 111.1, Leki przeciwprątkowe - antybiotyki - ryfampicyna | 230,00 | 248,40 | 263,30 | 283,49 | 283,49 | Gruźlica, w tym również gruźlica wielolekooporna i inne mykobakteriozy | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 3105 | Rifampicinum + Isoniazidum | Rifamazid, kaps. twarde, 150 + 100 mg | 100 szt. | 05909990086115 | 2024-04-01 | 3 lata | 111.2, Leki przeciwprątkowe - produkty złożone - izoniazyd z ryfampicyną | 143,75 | 155,25 | 164,57 | 182,05 | 175,57 | Gruźlica, w tym również gruźlica wielolekooporna i inne mykobakteriozy | | bezpłatny do limitu | 5,83 |
| 3106 | Rifampicinum + Isoniazidum | Rifamazid, kaps. twarde, 300 + 150 mg | 100 szt. | 05909990086214 | 2024-04-01 | 3 lata | 111.2, Leki przeciwprątkowe - produkty złożone - izoniazyd z ryfampicyną | 287,50 | 310,50 | 329,13 | 351,13 | 351,13 | Gruźlica, w tym również gruźlica 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 |
| 3107 | 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 |
| 3108 | Risperidonum | Orizon, tabl. powl., 1 mg | 20 szt. | 05909990831258 | 2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 5,95 | 6,43 | 6,97 | 9,32 | 7,42 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 5,10 |
| 3109 | Risperidonum | Orizon, tabl. powl., 1 mg | 60 szt. | 05909990831265 | 2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 15,00 | 16,20 | 17,17 | 22,81 | 22,27 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 3,74 |
| 3110 | Risperidonum | Orizon, roztwór doustny, 1 mg/ml | 1 but. 100 ml | 05909990690138 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 29,00 | 31,32 | 33,20 | 40,84 | 37,11 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 6,93 |
| 3111 | Risperidonum | Orizon, tabl. powl., 2 mg | 60 szt. | 05909990831272 | 2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 30,00 | 32,40 | 34,34 | 42,84 | 42,84 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 3,20 |
| 3112 | Risperidonum | Orizon, tabl. powl., 3 mg | 60 szt. | 05909990831289 | 2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 45,00 | 48,60 | 51,52 | 62,02 | 62,02 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 3,84 |
| 3113 | Risperidonum | Orizon, tabl. powl., 4 mg | 60 szt. | 05909990831296 | 2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 57,50 | 62,10 | 65,83 | 78,05 | 78,05 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 5,12 |
| 3114 | Risperidonum | Risperidon Vipharm, tabl. powl., 1 mg | 20 szt. | 05909990044481 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 6,05 | 6,53 | 7,07 | 9,42 | 7,42 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 5,20 |
| 3115 | Risperidonum | Risperidon Vipharm, tabl. powl., 2 mg | 20 szt. | 05909990044344 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 12,30 | 13,28 | 14,08 | 18,29 | 14,85 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 6,64 |
| 3116 | Risperidonum | Risperidon Vipharm, tabl. powl., 3 mg | 20 szt. | 05909990044252 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 19,10 | 20,63 | 21,87 | 27,51 | 22,27 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 8,44 |
| 3117 | Risperidonum | Risperidon Vipharm, tabl. powl., 4 mg | 20 szt. | 05909990044146 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 26,20 | 28,30 | 29,99 | 36,78 | 29,69 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 10,29 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 3118 | Risperidonum | Risperidone Teva, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 25 mg | 1 zestaw | 05909991457952 | 2023-03-01 | 3 lata | 178.6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania pozajelitowego - 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 |
| 3119 | Risperidonum | Risperidone Teva, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 37.5 mg | 1 zestaw | 05909991457921 | 2023-03-01 | 3 lata | 178.6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania pozajelitowego - 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 |
| 3120 | Risperidonum | Risperidone Teva, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg | 1 zestaw | 05909991457891 | 2023-03-01 | 3 lata | 178.6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania pozajelitowego - 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 |
| 3121 | Risperidonum | Risperon, tabl. powl., 1 mg | 20 szt. | 05909990336524 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 6,50 | 7,02 | 7,56 | 9,91 | 7,42 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 5,69 |
| 3122 | Risperidonum | Risperon, tabl. powl., 1 mg | 60 szt. | 05909990336548 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 19,50 | 21,06 | 22,32 | 27,96 | 22,27 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 8,89 |
| 3123 | Risperidonum | Risperon, tabl. powl., 2 mg | 20 szt. | 05909990336487 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 12,80 | 13,82 | 14,66 | 18,87 | 14,85 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 7,22 |
| 3124 | Risperidonum | Risperon, tabl. powl., 2 mg | 60 szt. | 05909990336500 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 38,40 | 41,47 | 43,96 | 52,46 | 44,54 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 11,12 |
| 3125 | Risperidonum | Risperon, tabl. powl., 3 mg | 20 szt. | 05909990336555 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 17,95 | 19,39 | 20,55 | 26,19 | 22,27 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 7,12 |
| 3126 | Risperidonum | Risperon, tabl. powl., 3 mg | 60 szt. | 05909990336579 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 53,85 | 58,16 | 61,65 | 72,15 | 66,80 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 9,19 |
| 3127 | Risperidonum | Risperon, tabl. powl., 4 mg | 20 szt. | 05909990336586 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 25,60 | 27,65 | 29,31 | 36,10 | 29,69 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 9,61 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 3128 | Risperidonum | Risperon, tabl. powl., 4 mg | 60 szt. | 05909990336609 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 76,80 | 82,94 | 87,92 | 100,14 | 89,07 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 16,19 |
| 3129 | Risperidonum | Rispolept, tabl. powl., 1 mg | 20 szt. | 05909990670413 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 6,60 | 7,13 | 7,67 | 10,02 | 7,42 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 5,80 |
| 3130 | Risperidonum | Rispolept, roztwór doustny, 1 mg/ml | 100 ml | 05909990423828 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 32,00 | 34,56 | 36,63 | 44,27 | 37,11 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 10,36 |
| 3131 | Risperidonum | Rispolept, tabl. powl., 2 mg | 20 szt. | 05909990670512 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 13,20 | 14,26 | 15,11 | 19,32 | 14,85 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 7,67 |
| 3132 | Risperidonum | Rispolept, tabl. powl., 3 mg | 20 szt. | 05909990670611 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 17,00 | 18,36 | 19,46 | 25,10 | 22,27 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 6,03 |
| 3133 | Risperidonum | Rispolept, tabl. powl., 4 mg | 20 szt. | 05909990670710 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 20,00 | 21,60 | 22,90 | 29,69 | 29,69 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 3,20 |
| 3134 | Risperidonum | Rispolept Consta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 25 mg | 1 fiol. + 1 strz. + 1 urządzenie do przygotowania zawiesiny + 2 igły do wstrzyknięcia domięśniowego | 05909991058227 | 2022-01-01 | 3 lata | 178.6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 111,09 | 119,98 | 127,18 | 141,74 | 118,84 | Schizofrenia w przypadku nawrotu objawów psychotycznych podczas terapii neuroleptykami w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego | | ryczałt | 26,10 |
| 3135 | Risperidonum | Rispolept Consta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 37.5 mg | 1 fiol. + 1 strz. + 1 urządzenie do przygotowania zawiesiny + 2 igły do wstrzyknięcia domięśniowego | 05909991058128 | 2022-01-01 | 3 lata | 178.6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 171,03 | 184,71 | 195,79 | 212,96 | 178,26 | Schizofrenia w przypadku nawrotu objawów psychotycznych podczas terapii neuroleptykami w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego | | ryczałt | 37,90 |
| 3136 | Risperidonum | Rispolept Consta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg | 1 fiol. + 1 strz. + 1 urządzenie do przygotowania zawiesiny + 2 igły do wstrzyknięcia domięśniowego | 05909991058029 | 2022-01-01 | 3 lata | 178.6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 222,20 | 239,98 | 254,37 | 273,06 | 237,68 | Schizofrenia w przypadku nawrotu objawów psychotycznych podczas terapii neuroleptykami w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego | | ryczałt | 38,58 |
| 3137 | Risperidonum | Ryspolit, tabl. powl., 1 mg | 20 szt. | 05909990567683 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 6,64 | 7,17 | 7,71 | 10,06 | 7,42 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 5,84 |

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

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 3147 | Rivaroxabanum | Xarelto, tabl. powl., 15 mg | 42 szt. | 05909990910663 | <1>2021-09-01/<2>2023-09-01 | 3 lata | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 312,90 | 337,93 | 358,20 | 376,31 | 216,47 | <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; <2>Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych | | 30% | 224,78 |
| 3148 | Rivaroxabanum | Xarelto, tabl. powl., 20 mg | 14 szt. | 05909990910700 | <1>2021-09-01/<2>2023-09-01 | 3 lata | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 104,30 | 112,64 | 119,40 | 132,92 | 96,21 | <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; <2>Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych | | 30% | 65,57 |
| 3149 | Rivastigminum | Evertas, system transdermalny, plaster, 13.3 mg/24 h | 30 szt. | 05909991478117 | 2022-11-01 | 3 lata | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 147,80 | 159,62 | 169,20 | 177,57 | 42,27 | Choroba Alzheimera | | 30% | 147,98 |
| 3150 | Rivastigminum | Evertas, system transdermalny, plaster, 4.6 mg/24h | 30 szt. | 05909991078386 | 2022-07-01 | 3 lata | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 56,60 | 61,13 | 64,80 | 69,04 | 14,62 | Choroba Alzheimera | | 30% | 58,81 |
| 3151 | Rivastigminum | Evertas, system transdermalny, plaster, 9.5 mg/24h | 30 szt. | 05909991421762 | 2021-07-01 | 3 lata | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 108,40 | 117,07 | 124,09 | 131,03 | 30,19 | Choroba Alzheimera | | 30% | 109,90 |
| 3152 | Rivastigminum | Evertas, system transdermalny, plaster, 9.5 mg/24h | 30 szt. | 05909991439415 | 2021-05-01 | 3 lata | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 108,50 | 117,18 | 124,21 | 131,15 | 30,19 | Choroba Alzheimera | | 30% | 110,02 |
| 3153 | Rivastigminum | Evertas, system transdermalny, plaster, 9.5 mg/24h | 30 szt. | 05909991078454 | 2022-07-01 | 3 lata | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 116,95 | 126,31 | 133,89 | 140,83 | 30,19 | Choroba Alzheimera | | 30% | 119,70 |
| 3154 | Rivastigminum | Exelon, system transdermalny, 13.3 mg/24h | 30 sasz. | 05909991032609 | 2022-01-01 | 3 lata | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 188,16 | 203,21 | 215,41 | 223,78 | 42,27 | Choroba Alzheimera | | 30% | 194,19 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 3155 | Rivastigminum | Exelon, system transdermalny, 4.6 mg/24h | 30 sasz. | 05909990066704 | 2022-01-01 | 3 lata | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 70,87 | 76,54 | 81,13 | 85,37 | 14,62 | Choroba Alzheimera | | 30% | 75,14 |
| 3156 | 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 | 161,50 | 30,19 | Choroba Alzheimera | | 30% | 140,37 |
| 3157 | Rivastigminum | Nimvastid, kaps. twarde, 1.5 mg | 28 szt. | 05909990700646 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 11,58 | 12,51 | 13,25 | 14,90 | 4,70 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 11,61 |
| 3158 | Rivastigminum | Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1.5 mg | 28 szt. | 05909990700660 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 11,58 | 12,51 | 13,25 | 14,90 | 4,70 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 11,61 |
| 3159 | Rivastigminum | Nimvastid, kaps. twarde, 3 mg | 28 szt. | 05909990700684 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 19,21 | 20,75 | 21,99 | 24,94 | 9,39 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 18,37 |
| 3160 | Rivastigminum | Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 3 mg | 28 szt. | 05909990700691 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 19,21 | 20,75 | 21,99 | 24,94 | 9,39 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 18,37 |
| 3161 | Rivastigminum | Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 3 mg | 56 szt. | 05909990700721 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 37,90 | 40,93 | 43,38 | 48,45 | 18,79 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 35,30 |
| 3162 | Rivastigminum | Nimvastid, kaps. twarde, 3 mg | 56 szt. | 05909990700707 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 38,42 | 41,49 | 43,99 | 49,06 | 18,79 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 35,91 |
| 3163 | Rivastigminum | Nimvastid, kaps. twarde, 4.5 mg | 28 szt. | 05909990700738 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 28,81 | 31,11 | 32,98 | 37,12 | 14,09 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 27,26 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 3164 | Rivastigminum | Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4.5 mg | 28 szt. | 05909990700745 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 28,81 | 31,11 | 32,98 | 37,12 | 14,09 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 27,26 |
| 3165 | Rivastigminum | Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4.5 mg | 56 szt. | 05909990700769 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 56,90 | 61,45 | 65,13 | 71,83 | 28,18 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 52,10 |
| 3166 | Rivastigminum | Nimvastid, kaps. twarde, 4.5 mg | 56 szt. | 05909990700752 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 57,62 | 62,23 | 65,97 | 72,67 | 28,18 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 52,94 |
| 3167 | Rivastigminum | Nimvastid, kaps. twarde, 6 mg | 28 szt. | 05909990700790 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 38,42 | 41,49 | 43,99 | 49,06 | 18,79 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 35,91 |
| 3168 | Rivastigminum | Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 6 mg | 28 szt. | 05909990700806 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 38,42 | 41,49 | 43,99 | 49,06 | 18,79 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 35,91 |
| 3169 | Rivastigminum | Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 6 mg | 56 szt. | 05909990700851 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 75,90 | 81,97 | 86,89 | 94,70 | 37,57 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 68,40 |
| 3170 | Rivastigminum | Nimvastid, kaps. twarde, 6 mg | 56 szt. | 05909990700844 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 76,83 | 82,98 | 87,96 | 95,77 | 37,57 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 69,47 |
| 3171 | Rivastigminum | Ristidic, kaps. twarde, 1.5 mg | 28 szt. | 05909990782048 | 2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 9,57 | 10,34 | 10,95 | 12,60 | 4,70 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 9,31 |
| 3172 | Rivastigminum | Ristidic, kaps. twarde, 1.5 mg | 56 szt. | 05909990782055 | 2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 19,13 | 20,66 | 21,90 | 24,85 | 9,39 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 18,28 |

| 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** |
| 3173 | Rivastigminum | Ristidic, kaps. twarde, 3 mg | 28 szt. | 05909990782079 | 2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 18,80 | 20,30 | 21,52 | 24,47 | 9,39 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 17,90 |
| 3174 | Rivastigminum | Ristidic, kaps. twarde, 3 mg | 56 szt. | 05909990782086 | 2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 37,60 | 40,61 | 43,05 | 48,12 | 18,79 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 34,97 |
| 3175 | Rivastigminum | Ristidic, kaps. twarde, 4.5 mg | 28 szt. | 05909990782147 | 2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 27,20 | 29,38 | 31,14 | 35,28 | 14,09 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 25,42 |
| 3176 | Rivastigminum | Ristidic, kaps. twarde, 4.5 mg | 56 szt. | 05909990782154 | 2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 57,00 | 61,56 | 65,25 | 71,95 | 28,18 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 52,22 |
| 3177 | Rivastigminum | Ristidic, kaps. twarde, 6 mg | 28 szt. | 05909990782178 | 2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 37,60 | 40,61 | 43,05 | 48,12 | 18,79 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 34,97 |
| 3178 | Rivastigminum | Ristidic, kaps. twarde, 6 mg | 56 szt. | 05909990782185 | 2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 75,20 | 81,22 | 86,09 | 93,90 | 37,57 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 67,60 |
| 3179 | Rivastigminum | Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 1.5 mg | 28 szt. | 05909990982981 | 2022-07-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 6,60 | 7,13 | 7,67 | 9,32 | 4,70 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 6,03 |
| 3180 | Rivastigminum | Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 3 mg | 28 szt. | 05909990983162 | 2022-07-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 13,20 | 14,26 | 15,11 | 18,06 | 9,39 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 11,49 |
| 3181 | Rivastigminum | Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 3 mg | 56 szt. | 05909990983179 | 2022-07-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 26,40 | 28,51 | 30,22 | 35,29 | 18,79 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 22,14 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 3182 | Rivastigminum | Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 4.5 mg | 28 szt. | 05909990983308 | 2022-07-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 19,80 | 21,38 | 22,67 | 26,81 | 14,09 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 16,95 |
| 3183 | Rivastigminum | Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 4.5 mg | 56 szt. | 05909990983322 | 2022-07-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 39,60 | 42,77 | 45,34 | 52,04 | 28,18 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 32,31 |
| 3184 | Rivastigminum | Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 6 mg | 28 szt. | 05909990983506 | 2022-07-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 26,40 | 28,51 | 30,22 | 35,29 | 18,79 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 22,14 |
| 3185 | Rivastigminum | Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 6 mg | 56 szt. | 05909990983544 | 2022-07-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 52,80 | 57,02 | 60,45 | 68,26 | 37,57 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 41,96 |
| 3186 | Rivastigminum | Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 3 mg | 28 szt. | 05909990778935 | 2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 16,00 | 17,28 | 18,32 | 21,27 | 9,39 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 14,70 |
| 3187 | Rivastigminum | Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 3 mg | 56 szt. | 05909990778942 | 2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 30,00 | 32,40 | 34,34 | 39,41 | 18,79 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 26,26 |
| 3188 | Rivastigminum | Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 4.5 mg | 56 szt. | 05909990778973 | 2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 42,70 | 46,12 | 48,88 | 55,58 | 28,18 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 35,85 |
| 3189 | Rivastigminum | Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 6 mg | 56 szt. | 05909990779000 | 2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 55,10 | 59,51 | 63,08 | 70,89 | 37,57 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 44,59 |
| 3190 | Ropinirolum | Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg | 28 szt. | 05909990877683 | 2022-05-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 19,95 | 21,55 | 22,84 | 29,93 | 29,27 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 9,44 |
| 3191 | Ropinirolum | Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg | 28 szt. | 05909990878000 | 2022-05-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 40,20 | 43,42 | 46,02 | 56,36 | 56,36 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 16,91 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 3192 | Ropinirolum | Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg | 28 szt. | 05909990878086 | 2022-05-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 84,60 | 91,37 | 96,85 | 111,19 | 111,19 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 33,36 |
| 3193 | Ropinirolum | ApoRopin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg | 28 szt. | 05909990992607 | 2022-03-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 28,50 | 30,78 | 32,63 | 39,72 | 29,27 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 19,23 |
| 3194 | Ropinirolum | ApoRopin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg | 28 szt. | 05909990992683 | 2022-03-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 57,00 | 61,56 | 65,25 | 75,59 | 58,54 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 34,61 |
| 3195 | Ropinirolum | ApoRopin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg | 28 szt. | 05909990992775 | 2022-03-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 114,00 | 123,12 | 130,51 | 144,85 | 117,09 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 62,89 |
| 3196 | Ropinirolum | Aropilo, tabl. 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 |
| 3197 | 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 |
| 3198 | 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 |
| 3199 | 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 |
| 3200 | 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 |
| 3201 | Ropinirolum | Aropilo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg | 28 szt. | 05909990998586 | 2021-07-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 24,00 | 25,92 | 27,48 | 34,57 | 29,27 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 14,08 |
| 3202 | Ropinirolum | Aropilo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg | 28 szt. | 05909990998982 | 2021-07-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 49,00 | 52,92 | 56,10 | 66,44 | 58,54 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 25,46 |
| 3203 | Ropinirolum | Aropilo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg | 28 szt. | 05909990999156 | 2021-07-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 95,00 | 102,60 | 108,76 | 123,10 | 117,09 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 41,14 |
| 3204 | Ropinirolum | Ceurolex SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg | 28 szt. | 05909991049294 | 2022-05-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 22,00 | 23,76 | 25,19 | 32,28 | 29,27 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 11,79 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 3205 | Ropinirolum | Ceurolex SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg | 28 szt. | 05909991049355 | 2022-05-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 52,30 | 56,48 | 59,88 | 70,22 | 58,54 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 29,24 |
| 3206 | Ropinirolum | Ceurolex SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg | 28 szt. | 05909991049393 | 2022-05-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 105,00 | 113,40 | 120,20 | 134,54 | 117,09 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 52,58 |
| 3207 | Ropinirolum | Nironovo SR, tabl. o 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 |
| 3208 | 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 |
| 3209 | 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 |
| 3210 | Ropinirolum | Polpix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg | 28 szt. | 05909990988198 | 2021-09-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 29,30 | 31,64 | 33,54 | 40,63 | 29,27 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 20,14 |
| 3211 | Ropinirolum | Polpix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg | 28 szt. | 05909990988204 | 2021-09-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 58,60 | 63,29 | 67,09 | 77,43 | 58,54 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 36,45 |
| 3212 | Ropinirolum | Polpix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg | 28 szt. | 05909990988242 | 2021-09-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 117,22 | 126,60 | 134,19 | 148,53 | 117,09 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 66,57 |
| 3213 | Ropinirolum | Repirol SR, tabl. doustne o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg | 28 szt. | 05909990983582 | 2022-11-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 26,40 | 28,51 | 30,22 | 37,31 | 29,27 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 16,82 |
| 3214 | Ropinirolum | Repirol SR, tabl. doustne o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg | 28 szt. | 05909990983803 | 2022-11-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 52,80 | 57,02 | 60,45 | 70,79 | 58,54 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 29,81 |
| 3215 | Ropinirolum | Repirol SR, tabl. doustne o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg | 28 szt. | 05909990983971 | 2022-11-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 106,30 | 114,80 | 121,69 | 136,03 | 117,09 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 54,07 |
| 3216 | Ropinirolum | Requip, tabl. 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 |
| 3217 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 3218 | Ropinirolum | Requip, tabl. 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 |
| 3219 | 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 |
| 3220 | Ropinirolum | Requip-Modutab, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg | 28 szt. | 05909990644728 | 2022-01-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 26,99 | 29,15 | 30,90 | 37,99 | 29,27 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 17,50 |
| 3221 | Ropinirolum | Requip-Modutab, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg | 28 szt. | 05909990644612 | 2022-01-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 54,42 | 58,77 | 62,31 | 72,65 | 58,54 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 31,67 |
| 3222 | Ropinirolum | Requip-Modutab, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg | 28 szt. | 05909990644636 | 2022-01-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 108,35 | 117,02 | 124,04 | 138,38 | 117,09 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 56,42 |
| 3223 | Ropinirolum | Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg | 28 szt. | 05909990855766 | 2022-03-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 29,00 | 31,32 | 33,20 | 40,29 | 29,27 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 19,80 |
| 3224 | Ropinirolum | Rolpryna SR, tabl. o 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 |
| 3225 | Ropinirolum | Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg | 28 szt. | 05909991391485 | 2023-09-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 38,98 | 42,10 | 44,63 | 54,97 | 54,97 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 16,49 |
| 3226 | Ropinirolum | Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg | 28 szt. | 05909990855773 | 2022-03-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 58,00 | 62,64 | 66,40 | 76,74 | 58,54 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 35,76 |
| 3227 | Ropinirolum | Rolpryna SR, tabl. o 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 |
| 3228 | Ropinirolum | Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg | 28 szt. | 05909991391683 | 2023-09-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 77,96 | 84,20 | 89,25 | 103,59 | 103,59 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 31,08 |
| 3229 | Ropinirolum | Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg | 28 szt. | 05909990855780 | 2022-03-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 116,00 | 125,28 | 132,80 | 147,14 | 117,09 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 65,18 |
| 3230 | Ropinirolum | Rolpryna SR, tabl. o 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 3231 | Ropinirolum | Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg | 28 szt. | 05909990963874 | 2021-07-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 27,50 | 29,70 | 31,48 | 38,57 | 29,27 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 18,08 |
| 3232 | Ropinirolum | Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg | 28 szt. | 05909990964239 | 2021-07-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 55,00 | 59,40 | 62,96 | 73,30 | 58,54 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 32,32 |
| 3233 | Ropinirolum | Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg | 28 szt. | 05909990964321 | 2021-07-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 110,00 | 118,80 | 125,93 | 140,27 | 117,09 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 58,31 |
| 3234 | Rosuvastatinum | ApoRoza, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909991425883 | 2021-09-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 5,27 | 5,69 | 6,23 | 8,72 | 7,87 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,21 |
| 3235 | Rosuvastatinum | ApoRoza, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. | 05909991425906 | 2021-09-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 10,54 | 11,38 | 12,06 | 16,47 | 15,74 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,45 |
| 3236 | Rosuvastatinum | ApoRoza, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. | 05909991425920 | 2021-09-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 21,08 | 22,77 | 24,13 | 31,15 | 31,15 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 9,35 |
| 3237 | Rosuvastatinum | ApoRoza, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909991422875 | 2021-09-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 2,63 | 2,84 | 3,38 | 4,80 | 3,93 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 2,05 |
| 3238 | Rosuvastatinum | Crosuvo, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909991021184 | 2023-03-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 5,28 | 5,70 | 6,24 | 8,73 | 7,87 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,22 |
| 3239 | Rosuvastatinum | Crosuvo, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. | 05909991021337 | 2023-03-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 11,90 | 12,85 | 13,62 | 18,03 | 15,74 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 7,01 |
| 3240 | Rosuvastatinum | Crosuvo, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. | 05909991021375 | 2023-03-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 21,11 | 22,80 | 24,17 | 31,19 | 31,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 9,36 |
| 3241 | Rosuvastatinum | Ridlip, tabl. 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 |
| 3242 | 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 |
| 3243 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 3244 | Rosuvastatinum | Ridlip, tabl. 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 |
| 3245 | 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 |
| 3246 | 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 |
| 3247 | 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 |
| 3248 | 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 |
| 3249 | 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 |
| 3250 | 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 |
| 3251 | 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 |
| 3252 | 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 |
| 3253 | 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 |
| 3254 | 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 |
| 3255 | 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 |
| 3256 | 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 |

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

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 3270 | Rosuvastatinum | Rosuvastatin Medical Valley, tabl. 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 |
| 3271 | 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 |
| 3272 | 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 |
| 3273 | 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 |
| 3274 | 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 |
| 3275 | 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 |
| 3276 | 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 |
| 3277 | 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 |
| 3278 | 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 |
| 3279 | 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 |
| 3280 | 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 |
| 3281 | 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 |
| 3282 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 3283 | Rosuvastatinum | Roswera, tabl. 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 |
| 3284 | 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 |
| 3285 | 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 |
| 3286 | 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 |
| 3287 | 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 |
| 3288 | 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 |
| 3289 | 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 |
| 3290 | 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 |
| 3291 | 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 |
| 3292 | Rosuvastatinum | Suvardio, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909990791606 | 2021-05-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 2,64 | 2,85 | 3,39 | 4,81 | 3,93 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 2,06 |
| 3293 | 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 |
| 3294 | 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 |
| 3295 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 3296 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. 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 |
| 3297 | 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 |
| 3298 | 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 |
| 3299 | 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 |
| 3300 | 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 |
| 3301 | 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 |
| 3302 | 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 |
| 3303 | 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 |
| 3304 | 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 |
| 3305 | 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 |
| 3306 | Rosuvastatinum | Zaranta, tabl. powl., 15 mg | 56 szt. | 05997001369333 | 2021-09-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 15,85 | 17,12 | 18,14 | 24,07 | 23,60 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 7,55 |
| 3307 | Rosuvastatinum | Zaranta, tabl. powl., 15 mg | 90 szt. | 05909991347079 | 2021-05-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 25,38 | 27,41 | 29,05 | 36,82 | 36,82 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 11,05 |
| 3308 | Rosuvastatinum | Zaranta, tabl. 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 3309 | Rosuvastatinum | Zaranta, tabl. powl., 30 mg | 56 szt. | 05997001369340 | 2021-09-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 31,70 | 34,24 | 36,29 | 45,14 | 45,14 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 13,54 |
| 3310 | Rosuvastatinum | Zaranta, tabl. powl., 30 mg | 90 szt. | 05909991347109 | 2021-05-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 50,76 | 54,82 | 58,11 | 69,35 | 69,35 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 20,81 |
| 3311 | Rosuvastatinum | Zaranta, tabletki powlekane, 40 mg | 28 szt. | 05909990777853 | 2022-05-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 21,00 | 22,68 | 24,04 | 31,06 | 31,06 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 9,32 |
| 3312 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Coroswera, tabl. 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 |
| 3313 | 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 |
| 3314 | 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 |
| 3315 | 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 |
| 3316 | 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 |
| 3317 | 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 |
| 3318 | 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 |
| 3319 | 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 |
| 3320 | 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 |
| 3321 | 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 |
| 3322 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Ezehron Duo, tabl., 10+10 mg | 28 szt. | 05906414003352 | 2024-04-01 | 3 lata | 48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego | 18,38 | 19,85 | 21,04 | 24,75 | 13,28 | Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii | | 30% | 13,90 |
| 3323 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Ezehron Duo, tabl., 10+10 mg | 56 szt. | 05906414003369 | 2024-04-01 | 3 lata | 48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego | 36,76 | 39,70 | 42,09 | 48,25 | 26,56 | Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii | | 30% | 26,69 |
| 3324 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Ezehron Duo, tabletki, 20+10 mg | 28 szt. | 05906414003383 | 2024-04-01 | 3 lata | 48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego | 18,38 | 19,85 | 21,04 | 24,75 | 13,28 | Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii | | 30% | 13,90 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 3325 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Ezehron Duo, tabletki, 20+10 mg | 56 szt. | 05906414003390 | 2024-04-01 | 3 lata | 48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego | 36,76 | 39,70 | 42,09 | 48,25 | 26,56 | Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii | | 30% | 26,69 |
| 3326 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Ezehron Duo, tabl., 5+10 mg | 28 szt. | 05906414003321 | 2024-04-01 | 3 lata | 48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego | 18,38 | 19,85 | 21,04 | 24,75 | 13,28 | Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii | | 30% | 13,90 |
| 3327 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Ezehron Duo, tabl., 5+10 mg | 56 szt. | 05906414003338 | 2024-04-01 | 3 lata | 48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego | 36,76 | 39,70 | 42,09 | 48,25 | 26,56 | Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii | | 30% | 26,69 |
| 3328 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Rozesta, tabl. 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 |
| 3329 | 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 |
| 3330 | 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 |
| 3331 | 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 |
| 3332 | 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 |
| 3333 | 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 |
| 3334 | 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 |
| 3335 | 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 |
| 3336 | 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 |
| 3337 | 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 |
| 3338 | 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 | 24,36 | 8,61 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 18,05 |
| 3339 | 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 | 31,75 | 12,92 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 22,76 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 3340 | Rupatadinum | Rupaller, tabl., 10 mg | 100 szt. | 05909991429881 | 2023-09-01 | 2 lata | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 23,33 | 25,20 | 26,71 | 35,18 | 35,18 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 10,55 |
| 3341 | 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 |
| 3342 | 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 |
| 3343 | 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 |
| 3344 | 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 |
| 3345 | 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 |
| 3346 | Salmeterolum | Asmetic, proszek do inhalacji , 50 µg/dawkę inh. | 1 inh.po 60 daw. | 05909991515713 | 2023-09-01 | 3 lata | 198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 45,35 | 48,98 | 51,92 | 62,36 | 58,16 | Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 7,40 |
| 3347 | Salmeterolum | Pulmoterol, proszek do inhalacji w kapsułkach twardych, 50 µg/dawkę inh. | 120 szt. | 05909991206390 | 2021-07-01 | 3 lata | 198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 89,50 | 96,66 | 102,46 | 116,90 | 116,32 | Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 6,98 |
| 3348 | Salmeterolum | Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. 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 |
| 3349 | 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 |
| 3350 | Salmeterolum | Serevent, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 25 µg/dawkę inhalacyjną | 1 szt. (1 szt.po 120 daw.) | 05909990623099 | 2022-01-01 | 3 lata | 198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 51,40 | 55,51 | 58,84 | 69,28 | 58,16 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 14,32 |
| 3351 | Salmeterolum | Serevent Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 60 daw. | 05909990437825 | 2022-01-01 | 3 lata | 198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 58,00 | 62,64 | 66,40 | 76,84 | 58,16 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 21,88 |
| 3352 | Selegilinum | Selgres, tabl. 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** |
| 3353 | Semaglutidum | Ozempic, roztwór do wstrzykiwań, 0.25 mg | 1 wstrzykiwacz po 1,5 ml | 05909991389901 | 2022-09-01 | 2 lata | 252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1 | 332,50 | 359,10 | 380,65 | 403,45 | 394,08 | Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c ≥ 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% | 127,59 |
| 3354 | Semaglutidum | Ozempic, roztwór do wstrzykiwań, 0.5 mg | 1 wstrzykiwacz po 1,5 ml | 05909991389918 | 2022-09-01 | 2 lata | 252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1 | 332,50 | 359,10 | 380,65 | 403,45 | 394,08 | Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c ≥ 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% | 127,59 |
| 3355 | Semaglutidum | Ozempic, roztwór do wstrzykiwań, 1 mg | 1 wstrzykiwacz po 3 ml | 05909991389956 | 2022-09-01 | 2 lata | 252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1 | 332,50 | 359,10 | 380,65 | 403,45 | 394,08 | Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c ≥ 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% | 127,59 |
| 3356 | Sertindolum | Serdolect, tabl. powl., 12 mg | 28 szt. | 05909991089313 | 2022-01-01 | 3 lata | 178.8, Leki przeciwpsychotyczne - sertindol | 220,00 | 237,60 | 251,86 | 271,38 | 271,38 | Schizofrenia | | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 3357 | Sertindolum | Serdolect, tabl. powl., 16 mg | 28 szt. | 05909991089412 | 2022-01-01 | 3 lata | 178.8, Leki przeciwpsychotyczne - sertindol | 293,50 | 316,98 | 336,00 | 357,70 | 357,70 | Schizofrenia | | ryczałt | 3,20 |
| 3358 | Sertindolum | Serdolect, tabl. powl., 4 mg | 30 szt. | 05909991089214 | 2022-01-01 | 3 lata | 178.8, Leki przeciwpsychotyczne - sertindol | 74,48 | 80,44 | 85,27 | 98,88 | 98,88 | Schizofrenia | | ryczałt | 3,20 |
| 3359 | Sertraline | Asertin 100, tabl. powl., 100 mg | 30 szt. | 05909990422685 | 2022-01-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny | 19,93 | 21,52 | 22,82 | 29,41 | 28,22 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 9,66 |
| 3360 | Sertraline | Asertin 50, tabl. powl., 50 mg | 30 szt. | 05909990422692 | 2022-01-01 | 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% | 5,19 |
| 3361 | 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 |
| 3362 | 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 |
| 3363 | 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 |
| 3364 | 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 |
| 3365 | 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 |
| 3366 | 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 |
| 3367 | 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 |
| 3368 | 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 |
| 3369 | Sertralinum | Sastium, tabl. powl., 100 mg | 30 szt. | 05909991279622 | 2021-09-01 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 3370 | Sertralinum | Sastium, tabl. 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 |
| 3371 | 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 |
| 3372 | Sertralinum | Sastium, tabl. powl., 50 mg | 30 szt. | 05909991279523 | 2021-09-01 | 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 |
| 3373 | 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 |
| 3374 | 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 |
| 3375 | 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 |
| 3376 | 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 |
| 3377 | 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 |
| 3378 | 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 |
| 3379 | 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 |
| 3380 | 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 |
| 3381 | 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 |
| 3382 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 3383 | Sertralinum | Zotral, tabl. 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 |
| 3384 | 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 |
| 3385 | Silodosinum | Silodosin Aurovitas, kaps. twarde, 4 mg | 30 szt. | 05909991418885 | 2023-05-01 | 2 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 6,24 | 6,74 | 7,28 | 10,13 | 9,61 | Leczenie objawów przedmiotowych i podmiotowych łagodnego rozrostu gruczołu krokowego u dorosłych mężczyzn | | 30% | 3,40 |
| 3386 | Silodosinum | Silodosin Aurovitas, kaps. twarde, 8 mg | 30 szt. | 05909991418960 | 2023-05-01 | 2 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 12,48 | 13,48 | 14,29 | 19,21 | 19,21 | Leczenie objawów przedmiotowych i podmiotowych łagodnego rozrostu gruczołu krokowego u dorosłych mężczyzn | | 30% | 5,76 |
| 3387 | Silodosinum | Silodosin Aurovitas, kaps. twarde, 8 mg | 90 szt. | 05909991418984 | 2022-11-01 | 2 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 37,44 | 40,44 | 42,87 | 52,51 | 52,51 | Leczenie objawów przedmiotowych i podmiotowych łagodnego rozrostu gruczołu krokowego u dorosłych mężczyzn | | 30% | 15,75 |
| 3388 | Silodosinum | Silodosin Recordati, kaps. twarde, 4 mg | 30 szt. | 05391519923528 | 2023-03-01 | 2 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 12,80 | 13,82 | 14,66 | 17,51 | 9,61 | Leczenie objawów przedmiotowych i podmiotowych łagodnego rozrostu gruczołu krokowego u dorosłych mężczyzn | | 30% | 10,78 |
| 3389 | Silodosinum | Silodosin Recordati, kaps. twarde, 8 mg | 30 szt. | 05391519923535 | 2023-03-01 | 2 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 16,64 | 17,97 | 19,05 | 23,97 | 19,21 | Leczenie objawów przedmiotowych i podmiotowych łagodnego rozrostu gruczołu krokowego u dorosłych mężczyzn | | 30% | 10,52 |
| 3390 | Silodosinum | Silodosin Recordati, kaps. twarde, 8 mg | 90 szt. | 05391519923542 | 2023-03-01 | 2 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 49,92 | 53,91 | 57,15 | 66,79 | 57,63 | Leczenie objawów przedmiotowych i podmiotowych łagodnego rozrostu gruczołu krokowego u dorosłych mężczyzn | | 30% | 26,45 |
| 3391 | Simvastatinum | Apo-Simva 10, tabl. 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 |

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

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

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 3402 | Simvastatinum | Simvachol, tabl. 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 |
| 3403 | 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 |
| 3404 | 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 |
| 3405 | 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 |
| 3406 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 3407 | 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 |
| 3408 | 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 |
| 3409 | 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 |
| 3410 | 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 |
| 3411 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 3412 | Simvastatinum | Simvastatin Bluefish, tabl. 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 |
| 3413 | 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 |
| 3414 | 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 |
| 3415 | 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 |
| 3416 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 3417 | Simvastatinum | Vasilip, tabl. 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 |
| 3418 | 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 |
| 3419 | 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 |
| 3420 | 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 |
| 3421 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 3422 | Simvastatinum | Ximve, tabl. 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 |
| 3423 | 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 |
| 3424 | 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 |
| 3425 | 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 |
| 3426 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 3427 | Simvastatinum | Zocor 40, tabl. 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 |
| 3428 | Sirolimusum | Rapamune, tabl. draż., 1 mg | 30 szt. | 05909990985210 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-07-01/<2><5>2021-07-01/<3>2023-01-01/<4>2022-09-01/<6>2023-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 135.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - sirolimus | 422,59 | 456,40 | 483,79 | 510,04 | 510,04 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | <1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>stwardnienie guzowate; limfangioleiomiomatoza; nowotwór z 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 |
| 3429 | Sirolimusum | Rapamune, roztwór doustny, 1 mg/ml | 60 ml | 05909990893645 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-07-01/<2><5>2021-07-01/<3>2023-01-01/<4>2022-09-01/<6>2023-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 135.1, Leki przeciwnowotworowe i 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 |
| 3430 | Sitagliptinum | Januvia, tabl. powl., 100 mg | 28 szt. | 05909990055920 | 2022-09-01 | 2 lata | 258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4 | 64,50 | 69,66 | 73,84 | 80,57 | 29,23 | W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące) | | 30% | 60,11 |
| 3431 | Sitagliptinum | Jazeta, tabl. 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 |
| 3432 | 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 |
| 3433 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 3434 | Sitagliptinum | Lonamo, tabl. 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 |
| 3435 | 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 |
| 3436 | 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 |
| 3437 | 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 |
| 3438 | 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 |
| 3439 | 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 |
| 3440 | 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 |
| 3441 | Sitagliptinum | Sitagliptin BIOTON, tabl. powl., 100 mg | 28 szt. | 05903792662263 | 2023-01-01 | 2 lata | 258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4 | 29,00 | 31,32 | 33,20 | 39,93 | 29,23 | W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące) | | 30% | 19,47 |
| 3442 | Sitagliptinum | Sitagliptin BIOTON, tabl. 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 |
| 3443 | Sitagliptinum | Sitagliptin Medical Valley, tabl. powl., 100 mg | 28 szt. | 05909991470883 | 2023-09-01 | 2 lata | 258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4 | 27,00 | 29,16 | 30,91 | 37,64 | 29,23 | W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące) | | 30% | 17,18 |
| 3444 | Sitagliptinum | Sitagliptin STADA, tabl. 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 3445 | Sitagliptinum | Sitagliptin SUN, tabl. 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 |
| 3446 | 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 |
| 3447 | 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 |
| 3448 | Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum | Combodiab, tabl. powl., 50+1000 mg | 56 szt. | 05903792662270 | 2023-11-01 | 2 lata | 258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4 | 28,93 | 31,24 | 33,12 | 39,85 | 29,23 | W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące) | | 30% | 19,39 |
| 3449 | Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum | Depepsit Met, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 100+1000 mg | 28 szt. | 05900411004657 | 2024-04-01 | 2 lata | 258.0, 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 |
| 3450 | 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 |
| 3451 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 3452 | Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum | Eprocliv, tabl. 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 |
| 3453 | 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 |
| 3454 | 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 |
| 3455 | Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum | Janumet, tabl. powl., 50+1000 mg | 56 szt. | 05909990929771 | 2022-09-01 | 2 lata | 258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4 | 64,50 | 69,66 | 73,84 | 80,57 | 29,23 | W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące) | | 30% | 60,11 |
| 3456 | Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum | Juzimette, tabl. 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 |
| 3457 | 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 |
| 3458 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 3459 | Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum | Lonamo Duo, tabl. 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 |
| 3460 | 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 |
| 3461 | 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 |
| 3462 | 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 |
| 3463 | Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum | Metformax SR Combi, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 50+1000 mg | 60 szt. | 05909991488659 | 2024-04-01 | 2 lata | 258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4 | 53,78 | 58,08 | 61,57 | 68,54 | 31,32 | W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące) | | 30% | 41,96 |
| 3464 | Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum | Metsigletic, tabl. 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 |
| 3465 | 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 |
| 3466 | 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 |
| 3467 | 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 |
| 3468 | 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 | 41,86 | 35,29 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 17,16 |
| 3469 | 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 | 21,99 | 17,65 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 9,64 |
| 3470 | 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 | 38,65 | 35,29 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 12,56 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 3471 | Solifenacini succinas | Afenix, tabl. 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 | 20,38 | 17,65 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 7,23 |
| 3472 | 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 | 34,97 | 34,97 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 10,49 |
| 3473 | 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 | 18,55 | 17,65 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 6,20 |
| 3474 | 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 | 28,70 | 28,70 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 8,61 |
| 3475 | 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 | 77,06 | 77,06 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 23,12 |
| 3476 | 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 | 15,41 | 15,41 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 4,62 |
| 3477 | 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 | 41,29 | 41,29 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 12,39 |
| 3478 | 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 | 35,29 | 35,29 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 10,59 |
| 3479 | 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 | 16,15 | 16,15 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 4,85 |
| 3480 | 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 | 35,29 | 35,29 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 10,59 |
| 3481 | 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 | 36,14 | 35,29 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 11,44 |
| 3482 | 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 | 35,57 | 35,29 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 10,87 |
| 3483 | 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 | 18,85 | 17,65 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 6,50 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 3484 | Solifenacini succinas | Soreca, tabl. 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 | 34,95 | 34,95 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 10,49 |
| 3485 | 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 | 18,54 | 17,65 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 6,19 |
| 3486 | 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 | 39,57 | 35,29 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 14,87 |
| 3487 | 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 | 20,85 | 17,65 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 8,50 |
| 3488 | 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 | 37,63 | 35,29 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 12,93 |
| 3489 | 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 | 20,21 | 17,65 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 7,86 |
| 3490 | 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 | 39,57 | 35,29 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 14,87 |
| 3491 | 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 | 20,85 | 17,65 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 8,50 |
| 3492 | Solifenacini succinas | Zevesin, tabl. powl., 10 mg | 100 szt. | 05909991382315 | 2021-07-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 78,02 | 84,26 | 89,32 | 103,30 | 103,30 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 30,99 |
| 3493 | 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 | 38,66 | 35,29 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 13,96 |
| 3494 | Solifenacini succinas | Zevesin, tabl. powl., 5 mg | 100 szt. | 05909991382285 | 2021-07-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 39,01 | 42,13 | 44,66 | 54,64 | 54,64 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 16,39 |
| 3495 | 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 | 20,39 | 17,65 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 8,04 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 3496 | Solifenacini succinas + Tamsulosini hydrochloridum | Solitombo, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 6+0,4 mg | 30 szt. | 05900411009164 | 2024-04-01 | 2 lata | 76.2, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego – działające rozkurczowo na drogi moczowe w skojarzeniu z blokerem receptora alfa-adrenergicznego | 27,79 | 30,01 | 31,82 | 39,94 | 39,94 | Leczenie umiarkowanych i ciężkich objawów w fazie napełnienia pęcherza i w fazie opróżniania pęcherza, związanych z łagodnym rozrostem gruczołu krokowego u mężczyzn, którzy niewystarczająco odpowiadają na leczenie w monoterapii | | 30% | 11,98 |
| 3497 | Sotalolum | Sotahexal 160, tabl., 160 mg | 20 szt. | 05909990309115 | 2022-01-01 | 3 lata | 39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego | 10,00 | 10,80 | 11,45 | 15,45 | 14,88 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,03 |
| 3498 | Sotalolum | Sotahexal 80, tabl., 80 mg | 20 szt. | 05909990309016 | 2022-01-01 | 3 lata | 39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego | 5,60 | 6,05 | 6,59 | 8,80 | 7,44 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,59 |
| 3499 | Spiramycinum | Rovamycine, tabl. 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 | 21,24 | 20,66 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 10,91 |
| 3500 | 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 | 25,83 | 25,83 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 12,92 |
| 3501 | 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 |
| 3502 | 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 |
| 3503 | 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 |
| 3504 | 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 |

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

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 3514 | Standaryzowany wyciąg alergenowy roztoczy kurzu domowego (Dermatophagoides pteronyssinus, Dermatophagoides farina) | Acarizax, liofilizat doustny, 12 SQ-HDM | 30 szt. | 05909991257521 | 2023-07-01 | 2 lata | 214.7, Alergeny kurzu domowego - produkty do stosowania doustnego | 332,88 | 359,51 | 381,08 | 401,89 | 306,62 | Leczenie młodzieży w wieku od ukończonego 12. roku życia do ukończonego 18. roku życia z umiarkowanym lub ciężkim alergicznym nieżytem nosa spowodowanym kurzem domowym, utrzymującym się pomimo stosowania leków łagodzących objawy, u których rozpoznanie zostało postawione na podstawie wywiadu klinicznego oraz dodatniego testu alergicznego na roztocza kurzu domowego (punktowe testy skórne lub swoiste immunoglobuliny E) | | 30% | 187,26 |
| 3515 | Stiripentolum | Diacomit, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg | 60 sasz. | 05909990017294 | 2024-01-01 - dla kolumny 14, 2021-05-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 244.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - styrypentol | 625,00 | 675,00 | 715,50 | 747,56 | 738,69 | Terapia wspomagająca (w skojarzeniu z klobazamem i walproinianem) u pacjentów cierpiących na ciężką miokloniczną padaczkę niemowląt (zespół Dravet) z uogólnionymi napadami toniczno-klonicznymi opornymi na leczenie klobazamem i walproinianem | złośliwa ogniskowa migrująca padaczka niemowląt | ryczałt | 12,07 |
| 3516 | Stiripentolum | Diacomit, kaps. twarde, 250 mg | 60 szt. | 05909990017232 | 2024-01-01 | 3 lata | 244.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - styrypentol | 625,00 | 675,00 | 715,50 | 747,56 | 738,69 | Terapia wspomagająca (w skojarzeniu z klobazamem i walproinianem) u pacjentów cierpiących na ciężką miokloniczną padaczkę niemowląt (zespół Dravet) z uogólnionymi napadami toniczno-klonicznymi opornymi na leczenie klobazamem i walproinianem | | ryczałt | 12,07 |
| 3517 | Stiripentolum | Diacomit, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg | 60 sasz. | 05909990017331 | 2024-01-01 - dla kolumny 14, 2021-05-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 244.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - styrypentol | 1250,00 | 1350,00 | 1431,00 | 1477,37 | 1477,37 | Terapia wspomagająca (w skojarzeniu z klobazamem i walproinianem) u pacjentów cierpiących na ciężką miokloniczną padaczkę niemowląt (zespół Dravet) z uogólnionymi napadami toniczno-klonicznymi opornymi na leczenie klobazamem i walproinianem | złośliwa ogniskowa migrująca padaczka niemowląt | ryczałt | 3,20 |
| 3518 | Stiripentolum | Diacomit, kaps. twarde, 500 mg | 60 szt. | 05909990017263 | 2024-01-01 | 3 lata | 244.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - styrypentol | 1250,00 | 1350,00 | 1431,00 | 1477,37 | 1477,37 | Terapia wspomagająca (w skojarzeniu z klobazamem i walproinianem) u pacjentów cierpiących na ciężką miokloniczną padaczkę niemowląt (zespół Dravet) z uogólnionymi napadami toniczno-klonicznymi opornymi na leczenie klobazamem i walproinianem | | ryczałt | 3,20 |
| 3519 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 3520 | 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 |
| 3521 | 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 |
| 3522 | 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 |
| 3523 | 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 |
| 3524 | 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 |
| 3525 | 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 |
| 3526 | 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 |
| 3527 | 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 |
| 3528 | Sulfasalazinum | Salazopyrin EN, tabl. dojel., 500 mg | 100 szt. | 05909990864423 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego | 41,75 | 45,09 | 47,80 | 58,17 | 56,18 | Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 5,19 |

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

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 3539 | Sulpiridum | Sulpiryd Hasco, tabl., 200 mg | 30 szt. | 05909991380465 | 2022-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 5,76 | 6,22 | 6,76 | 9,48 | 9,48 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | zespół Tourette'a | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 3540 | Sulpiridum | Sulpiryd Hasco, tabl., 50 mg | 24 szt. | 05909991380373 | 2022-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 3,10 | 3,35 | 3,89 | 4,71 | 1,90 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | zespół Tourette'a | bezpłatny do limitu | 2,81 |
| 3541 | Sulpiridum | Sulpiryd Teva, kaps. twarde, 100 mg | 24 szt. | 05909990159314 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 5,21 | 5,63 | 6,17 | 7,47 | 3,79 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | zespół Tourette'a | bezpłatny do limitu | 3,68 |
| 3542 | Sulpiridum | Sulpiryd Teva, tabl., 200 mg | 30 szt. | 05909990159437 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 9,65 | 10,42 | 11,05 | 13,77 | 9,48 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | zespół Tourette'a | bezpłatny do limitu | 4,29 |
| 3543 | Sulpiridum | Sulpiryd Teva, kaps. twarde, 50 mg | 24 szt. | 05909990159512 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 3,89 | 4,20 | 4,74 | 5,56 | 1,90 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | zespół Tourette'a | bezpłatny do limitu | 3,66 |
| 3544 | Szczepionka przeciw pneumokokom sacharydowa, 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 choroba 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** |
| 3545 | 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 |
| 3546 | 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 |
| 3547 | Tacrolimusum | Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0.5 mg | 30 szt. | 05909990051052 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-07-01/<2>2022-09-01/<3>2023-03-01/<4>2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, <1><2><3>3 lata/<4>9 miesięcy - dla kolumny 15 | 139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus | 41,55 | 44,87 | 47,56 | 57,92 | 57,29 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | <1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy 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 |
| 3548 | Tacrolimusum | Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 1 mg | 30 szt. | 05909990051076 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-07-01/<2>2022-09-01/<3>2023-03-01/<4>2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, <1><2><3>3 lata/<4>9 miesięcy - dla kolumny 15 | 139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus | 87,55 | 94,55 | 100,22 | 114,58 | 114,58 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | <1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy 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 |
| 3549 | Tacrolimusum | Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 3 mg | 30 szt. | 05909990699957 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-07-01/<2>2022-09-01/<3>2023-03-01/<4>2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, <1><2><3>3 lata/<4>9 miesięcy - dla kolumny 15 | 139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus | 282,54 | 305,14 | 323,45 | 344,67 | 343,74 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | <1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy 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 |
| 3550 | Tacrolimusum | Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 5 mg | 30 szt. | 05909990051137 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-07-01/<2>2022-09-01/<3>2023-03-01/<4>2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, <1><2><3>3 lata/<4>9 miesięcy - dla kolumny 15 | 139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus | 475,17 | 513,18 | 543,97 | 570,70 | 570,70 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | <1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy 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 |
| 3551 | Tacrolimusum | Cidimus, kaps. twarde, 0.5 mg | 30 szt. | 05909990783489 | 2023-05-01 - dla kolumny 14, <1><2><3>2023-05-01/<4>2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, <1><2><3>3 lata/<4>2 lata - dla kolumny 15 | 139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus | 31,16 | 33,65 | 35,67 | 46,03 | 46,03 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | <1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy 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 |
| 3552 | Tacrolimusum | Cidimus, kaps. twarde, 1 mg | 30 szt. | 05909990783571 | 2023-05-01 - dla kolumny 14, <1><2><3>2023-05-01/<4>2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, <1><2><3>3 lata/<4>2 lata - dla kolumny 15 | 139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus | 62,32 | 67,31 | 71,34 | 85,70 | 85,70 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | <1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy 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 |
| 3553 | Tacrolimusum | Cidimus, kaps. twarde, 5 mg | 30 szt. | 05909990783533 | 2023-05-01 - dla kolumny 14, <1><2><3>2023-05-01/<4>2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, <1><2><3>3 lata/<4>2 lata - dla kolumny 15 | 139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus | 311,62 | 336,55 | 356,75 | 383,48 | 383,48 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | <1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy 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 |
| 3554 | 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 |
| 3555 | 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 |
| 3556 | 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** |
| 3557 | 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 |
| 3558 | 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 |
| 3559 | 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 |
| 3560 | 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 |
| 3561 | 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 |
| 3562 | 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 |
| 3563 | Tacrolimusum | Prograf, kaps. twarde, 0.5 mg | 30 szt. | 05909991148713 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-07-01/<2>2022-09-01/<3>2023-03-01/<4>2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, <1><2><3>3 lata/<4>9 miesięcy - dla kolumny 15 | 139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus | 41,55 | 44,87 | 47,56 | 57,92 | 57,29 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | <1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy 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 |
| 3564 | Tacrolimusum | Prograf, kaps. twarde, 1 mg | 30 szt. | 05909990447213 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-07-01/<2>2022-09-01/<3>2023-03-01/<4>2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, <1><2><3>3 lata/<4>9 miesięcy - dla kolumny 15 | 139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus | 87,55 | 94,55 | 100,22 | 114,58 | 114,58 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | <1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy 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 |
| 3565 | Tacrolimusum | Prograf, kaps. twarde, 5 mg | 30 szt. | 05909990447312 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-07-01/<2>2022-09-01/<3>2023-03-01/<4>2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, <1><2><3>3 lata/<4>9 miesięcy - dla kolumny 15 | 139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus | 475,17 | 513,18 | 543,97 | 570,70 | 570,70 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | <1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydooporny/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia | ryczałt | 3,20 |
| 3566 | Tafluprostum | Taflotan Multi, krople do oczu, roztwór, 15 µg/ml | 1 but.po 3 ml | 05909991372927 | 2023-03-01 | 2 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 49,50 | 53,46 | 56,67 | 64,67 | 35,44 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 39,86 |
| 3567 | Tafluprostum + Timololum | Taptiqom, krople do oczu, roztwór, 0,015+5 mg/ml | 30 poj. jednodawkowych 0,3 ml | 05909991220327 | 2023-03-01 | 1 rok 8 miesięcy | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 65,70 | 70,96 | 75,21 | 83,54 | 37,98 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 56,95 |
| 3568 | Tamoxifenum | Tamoxifen Sandoz, tabl. 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 |
| 3569 | Tamoxifenum | Tamoxifen-EGIS, tabl., 20 mg | 30 szt. | 05909990775316 | 2022-01-01 | 3 lata | 130.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antyestrogeny - tamoksyfen | 13,20 | 14,26 | 15,11 | 20,24 | 20,24 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 3570 | Tamsulosini hydrochloridum | Adatam, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg | 30 szt. | 05909990622726 | 2022-11-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 16,64 | 17,97 | 19,05 | 23,97 | 19,21 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 7,96 |
| 3571 | Tamsulosini hydrochloridum | Adatam, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg | 90 szt. | 05906414001501 | 2022-11-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 49,97 | 53,97 | 57,21 | 66,85 | 57,63 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 18,82 |
| 3572 | Tamsulosini hydrochloridum | Adatam XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0.4 mg | 120 szt. | 05900411005920 | 2022-03-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 66,65 | 71,98 | 76,30 | 87,37 | 76,84 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 23,33 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 3573 | Tamsulosini hydrochloridum | Adatam XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0.4 mg | 30 szt. | 05900411005883 | 2024-04-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 16,66 | 17,99 | 19,07 | 23,99 | 19,21 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 7,18 |
| 3574 | Tamsulosini hydrochloridum | Adatam XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0.4 mg | 90 szt. | 05900411005906 | 2024-04-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 49,99 | 53,99 | 57,23 | 66,87 | 57,63 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 16,96 |
| 3575 | Tamsulosini hydrochloridum | Apo-Tamis, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg | 30 szt. | 05909990045006 | 2022-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 17,00 | 18,36 | 19,46 | 24,38 | 19,21 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 8,37 |
| 3576 | Tamsulosini hydrochloridum | Apo-Tamis, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg | 90 szt. | 05909990900794 | 2022-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 51,00 | 55,08 | 58,38 | 68,02 | 57,63 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 19,99 |
| 3577 | Tamsulosini hydrochloridum | Bazetham Retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 0.4 mg | 30 szt. | 05909990894598 | 2022-05-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 16,33 | 17,64 | 18,69 | 23,61 | 19,21 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 7,60 |
| 3578 | Tamsulosini hydrochloridum | Bazetham Retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0.4 mg | 90 szt. | 05909990894642 | 2021-05-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 49,00 | 52,92 | 56,10 | 65,74 | 57,63 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 17,71 |
| 3579 | Tamsulosini hydrochloridum | Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg | 30 szt. | 05909991496791 | 2023-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 9,90 | 10,69 | 11,33 | 16,25 | 16,25 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 3,20 |
| 3580 | Tamsulosini hydrochloridum | Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg | 30 szt. | 05909991470685 | 2022-09-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 9,97 | 10,77 | 11,42 | 16,34 | 16,34 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 3,20 |
| 3581 | Tamsulosini hydrochloridum | Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg | 30 szt. | 05909990573585 | 2022-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 16,20 | 17,50 | 18,54 | 23,46 | 19,21 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 7,45 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 3582 | Tamsulosini hydrochloridum | Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg | 90 szt. | 05909991496807 | 2023-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 29,70 | 32,08 | 34,00 | 43,64 | 43,64 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 9,60 |
| 3583 | Tamsulosini hydrochloridum | Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg | 90 szt. | 05909991470692 | 2022-09-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 29,91 | 32,30 | 34,24 | 43,88 | 43,88 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 9,60 |
| 3584 | Tamsulosini hydrochloridum | Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg | 90 szt. | 05909990573592 | 2022-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 48,60 | 52,49 | 55,64 | 65,28 | 57,63 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 17,25 |
| 3585 | Tamsulosini hydrochloridum | Omsal 0,4 mg kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg | 30 szt. | 05909990586196 | 2022-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 16,50 | 17,82 | 18,89 | 23,81 | 19,21 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 7,80 |
| 3586 | Tamsulosini hydrochloridum | 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 |
| 3587 | Tamsulosini hydrochloridum | Ranlosin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 0.4 mg | 30 szt. | 05909990048007 | 2022-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 16,66 | 17,99 | 19,07 | 23,99 | 19,21 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 7,98 |
| 3588 | Tamsulosini hydrochloridum | Ranlosin, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, 0.4 mg | 90 szt. | 05909991092184 | 2022-03-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 49,50 | 53,46 | 56,67 | 66,31 | 57,63 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 18,28 |
| 3589 | Tamsulosini hydrochloridum | Symlosin SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg | 30 szt. | 05909990044382 | 2022-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 16,50 | 17,82 | 18,89 | 23,81 | 19,21 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 7,80 |
| 3590 | Tamsulosini hydrochloridum | Symlosin SR, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg | 90 szt. | 05909991136321 | 2022-11-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 36,00 | 38,88 | 41,21 | 50,85 | 50,85 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 9,60 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 3591 | Tamsulosini hydrochloridum | Tamiron, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg | 30 szt. | 05909991332709 | 2023-09-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 10,10 | 10,91 | 11,57 | 16,49 | 16,49 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 3,20 |
| 3592 | Tamsulosini hydrochloridum | TamisPras, tabl. o przedłużonym działaniu, 0.4 mg | 30 szt. | 05909990980451 | 2021-07-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 16,96 | 18,32 | 19,42 | 24,34 | 19,21 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 8,33 |
| 3593 | Tamsulosini hydrochloridum | Tamoptim, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg | 30 szt. | 05909990570386 | 2022-09-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 13,14 | 14,19 | 15,04 | 19,96 | 19,21 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 3,95 |
| 3594 | Tamsulosini hydrochloridum | Tamoptim, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg | 60 szt. | 05907626708400 | 2022-09-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 26,26 | 28,36 | 30,07 | 37,71 | 37,71 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 6,40 |
| 3595 | Tamsulosini hydrochloridum | Tamoptim, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg | 90 szt. | 05907626708417 | 2022-09-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 39,40 | 42,55 | 45,10 | 54,74 | 54,74 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 9,60 |
| 3596 | Tamsulosini hydrochloridum | Tamsiger, tabl. o 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 |
| 3597 | Tamsulosini hydrochloridum | Tamsudil, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg | 30 szt. | 05909990565948 | 2022-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 17,40 | 18,79 | 19,92 | 24,84 | 19,21 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 8,83 |
| 3598 | Tamsulosini hydrochloridum | Tamsugen 0,4 mg, kapsułki o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg | 30 szt. | 05909990570690 | 2022-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 11,38 | 12,29 | 13,02 | 17,94 | 17,94 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 3,20 |
| 3599 | Tamsulosini hydrochloridum | Tamsulosin Medreg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg | 30 szt. | 08595566453992 | 2023-09-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 9,50 | 10,26 | 10,88 | 15,80 | 15,80 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 3600 | Tamsulosini hydrochloridum | Tamsulosin Medreg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg | 90 szt. | 08595566454036 | 2023-09-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 28,50 | 30,78 | 32,63 | 42,27 | 42,27 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 9,60 |
| 3601 | Tamsulosini hydrochloridum | Tanyz, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 0.4 mg | 30 szt. | 05909990430895 | 2022-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 16,75 | 18,09 | 19,18 | 24,10 | 19,21 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 8,09 |
| 3602 | Tamsulosini hydrochloridum | Tanyz ERAS, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 0.4 mg | 30 szt. | 05909990847808 | 2022-05-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 16,58 | 17,91 | 18,98 | 23,90 | 19,21 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 7,89 |
| 3603 | Tamsulosini hydrochloridum | Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg | 30 szt. | 05909990566068 | 2022-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 16,65 | 17,98 | 19,06 | 23,98 | 19,21 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 7,97 |
| 3604 | Tamsulosini hydrochloridum | Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg | 60 szt. | 05909990566075 | 2022-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 33,30 | 35,96 | 38,12 | 45,76 | 38,42 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 13,74 |
| 3605 | Tamsulosini hydrochloridum | Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg | 90 szt. | 05907587609235 | 2023-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 49,95 | 53,95 | 57,19 | 66,83 | 57,63 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 18,80 |
| 3606 | Tamsulosini hydrochloridum | Uprox XR, tabl. o 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 |
| 3607 | 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 |
| 3608 | 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** |
| 3609 | 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 |
| 3610 | 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 |
| 3611 | 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 |
| 3612 | Tapentadolum | Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg | 60 szt. | 05909990865598 | 2021-07-01 | 3 lata | 153.5, Opioidowe leki przeciwbólowe - tapentadol | 176,76 | 190,90 | 202,36 | 220,65 | 206,07 | Przewlekły ból o dużym nasileniu w przebiegu chorób nowotworowych - u dorosłych pacjentów, u których nie uzyskano odpowiedniej kontroli bólu po zastosowaniu morfiny o zmodyfikowanym lub przedłużonym uwalnianiu lub u których nie jest tolerowana | | bezpłatny do limitu | 14,58 |
| 3613 | Tapentadolum | Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 60 szt. | 05909990865635 | 2021-07-01 | 3 lata | 153.5, Opioidowe leki przeciwbólowe - tapentadol | 265,14 | 286,35 | 303,53 | 324,49 | 309,10 | Przewlekły ból o dużym nasileniu w przebiegu chorób nowotworowych - u dorosłych pacjentów, u których nie uzyskano odpowiedniej kontroli bólu po zastosowaniu morfiny o zmodyfikowanym lub przedłużonym uwalnianiu lub u których nie jest tolerowana | | bezpłatny do limitu | 15,39 |
| 3614 | Tapentadolum | Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 60 szt. | 05909990865666 | 2021-07-01 | 3 lata | 153.5, Opioidowe leki przeciwbólowe - tapentadol | 339,36 | 366,51 | 388,50 | 412,13 | 412,13 | Przewlekły ból o dużym nasileniu w przebiegu chorób nowotworowych - u dorosłych pacjentów, u których nie uzyskano odpowiedniej kontroli bólu po zastosowaniu morfiny o zmodyfikowanym lub przedłużonym uwalnianiu lub u których nie jest tolerowana | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 3615 | Tapentadolum | Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 250 mg | 60 szt. | 05909990865697 | 2021-07-01 | 3 lata | 153.5, Opioidowe leki przeciwbólowe - tapentadol | 401,54 | 433,66 | 459,68 | 485,98 | 485,98 | Przewlekły ból o dużym nasileniu w przebiegu chorób nowotworowych - u dorosłych pacjentów, u których nie uzyskano odpowiedniej kontroli bólu po zastosowaniu morfiny o zmodyfikowanym lub przedłużonym uwalnianiu lub u których nie jest tolerowana | | bezpłatny do limitu | 0,00 |

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

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

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

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

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

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 3670 | Telmisartanum + Amlodipinum | Telam, tabl., 80+10 mg | 28 szt. | 05903060616721 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 15,67 | 16,92 | 17,94 | 23,30 | 21,40 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | 30% | 7,49 |
| 3671 | Telmisartanum + Amlodipinum | Telam, tabl., 80+5 mg | 28 szt. | 05903060616707 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 15,67 | 16,92 | 17,94 | 23,30 | 21,40 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | 30% | 7,49 |
| 3672 | Telmisartanum + Amlodipinum | Teldipin, tabl., 40+10 mg | 28 szt. | 05909991338626 | 2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 8,94 | 9,66 | 10,24 | 13,40 | 10,70 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | 30% | 5,91 |
| 3673 | Telmisartanum + Amlodipinum | Teldipin, tabl., 40+5 mg | 28 szt. | 05909991338541 | 2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 8,94 | 9,66 | 10,24 | 13,40 | 10,70 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | 30% | 5,91 |
| 3674 | Telmisartanum + Amlodipinum | Teldipin, tabl., 40+5 mg | 56 szt. | 05909991338565 | 2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 15,65 | 16,90 | 17,92 | 23,28 | 21,40 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | 30% | 8,30 |
| 3675 | Telmisartanum + Amlodipinum | Teldipin, tabl., 40+5 mg | 84 szt. | 05909991338589 | 2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 23,48 | 25,36 | 26,88 | 33,84 | 32,10 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | 30% | 11,37 |
| 3676 | Telmisartanum + Amlodipinum | Teldipin, tabl., 80+10 mg | 28 szt. | 05909991338787 | 2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 17,88 | 19,31 | 20,47 | 25,83 | 21,40 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | 30% | 10,85 |
| 3677 | Telmisartanum + Amlodipinum | Teldipin, tabl., 80+10 mg | 56 szt. | 05909991338800 | 2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 31,30 | 33,80 | 35,83 | 43,99 | 42,80 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | 30% | 14,03 |
| 3678 | Telmisartanum + Amlodipinum | Teldipin, tabl., 80+10 mg | 84 szt. | 05909991338824 | 2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 46,95 | 50,71 | 53,75 | 63,91 | 63,91 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | 30% | 19,17 |
| 3679 | Telmisartanum + Amlodipinum | Teldipin, tabl., 80+5 mg | 28 szt. | 05909991338701 | 2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 17,88 | 19,31 | 20,47 | 25,83 | 21,40 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | 30% | 10,85 |
| 3680 | Telmisartanum + Amlodipinum | Teldipin, tabl., 80+5 mg | 56 szt. | 05909991338725 | 2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 31,30 | 33,80 | 35,83 | 43,99 | 42,80 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | 30% | 14,03 |

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

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 3692 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmisartan + HCT Genoptim, tabl., 80+12,5 mg | 28 szt. | 05909991388188 | 2022-11-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 17,60 | 19,01 | 20,15 | 25,51 | 21,40 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | 30% | 10,53 |
| 3693 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmisartan + HCT Genoptim, tabl., 80+25 mg | 28 szt. | 05909991388218 | 2022-11-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 17,60 | 19,01 | 20,15 | 25,51 | 21,40 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | 30% | 10,53 |
| 3694 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmisartan HCT EGIS, tabl., 40+12,5 mg | 28 szt. | 05909991073732 | 2022-11-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 11,10 | 11,99 | 12,71 | 15,87 | 10,70 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | 30% | 8,38 |
| 3695 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmisartan HCT EGIS, tabl., 80+12,5 mg | 28 szt. | 05909991073848 | 2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 22,40 | 24,19 | 25,64 | 31,00 | 21,40 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | 30% | 16,02 |
| 3696 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmisartan HCT EGIS, tabl., 80+25 mg | 28 szt. | 05909991073909 | 2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 22,40 | 24,19 | 25,64 | 31,00 | 21,40 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | 30% | 16,02 |
| 3697 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmix Plus, tabl., 40+12,5 mg | 28 szt. | 05909991417932 | 2024-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 9,65 | 10,42 | 11,05 | 14,21 | 10,70 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | 30% | 6,72 |
| 3698 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmix Plus, tabl., 80+12,5 mg | 28 szt. | 05909991417963 | 2024-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 19,30 | 20,84 | 22,10 | 27,46 | 21,40 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | 30% | 12,48 |
| 3699 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmix Plus, tabl., 80+25 mg | 28 szt. | 05909991418007 | 2024-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 19,30 | 20,84 | 22,10 | 27,46 | 21,40 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | 30% | 12,48 |
| 3700 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | 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 |
| 3701 | 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 |
| 3702 | 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 |

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

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

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 3725 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Zanacodar Combi, tabl., 40+12,5 mg | 56 szt. | 05909991330040 | 2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 16,48 | 17,80 | 18,87 | 24,23 | 21,40 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | 30% | 9,25 |
| 3726 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Zanacodar Combi, tabl., 80+12,5 mg | 28 szt. | 05909991226398 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 22,50 | 24,30 | 25,76 | 31,12 | 21,40 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | 30% | 16,14 |
| 3727 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Zanacodar Combi, tabl., 80+12,5 mg | 56 szt. | 05909991330057 | 2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 32,96 | 35,60 | 37,74 | 45,90 | 42,80 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | 30% | 15,94 |
| 3728 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Zanacodar Combi, tabl., 80+25 mg | 28 szt. | 05909991226404 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 22,50 | 24,30 | 25,76 | 31,12 | 21,40 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | 30% | 16,14 |
| 3729 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Zanacodar Combi, tabl., 80+25 mg | 56 szt. | 05909991330064 | 2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 32,96 | 35,60 | 37,74 | 45,90 | 42,80 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | 30% | 15,94 |
| 3730 | Telmisartanum + Indapamidum | Ylpio, tabl., 80+2,5 mg | 30 szt. | 05909991463557 | 2023-05-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15 | 2 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 21,47 | 23,19 | 24,58 | 30,23 | 22,93 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | 30% | 14,18 |
| 3731 | Terazosinum | Hytrin, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909990768011 | 2022-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 49,50 | 53,46 | 56,67 | 64,02 | 35,86 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 34,13 |
| 3732 | Terazosinum | Hytrin, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909990768011 | 2022-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 49,50 | 53,46 | 56,67 | 64,02 | 35,86 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 38,92 |
| 3733 | Terazosinum | Hytrin, tabl., 2 mg | 28 szt. | 05909990767816 | 2022-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 9,81 | 10,59 | 11,23 | 13,45 | 7,17 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 9,48 |
| 3734 | Terazosinum | Hytrin, tabl., 2 mg | 28 szt. | 05909990767816 | 2022-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 9,81 | 10,59 | 11,23 | 13,45 | 7,17 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 8,43 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 3735 | Terazosinum | Hytrin, tabl., 5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990767915 | 2022-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 24,50 | 26,46 | 28,05 | 32,73 | 17,93 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 18,00 |
| 3736 | Terazosinum | Hytrin, tabl., 5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990767915 | 2022-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 24,50 | 26,46 | 28,05 | 32,73 | 17,93 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 20,18 |
| 3737 | Terazosinum | 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 |
| 3738 | 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 |
| 3739 | 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 |
| 3740 | 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 |
| 3741 | Terbinafinum | Erfin, tabl., 250 mg | 14 szt. | 05909990621057 | 2022-01-01 | 3 lata | 50.0, Dermatologiczne leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - terbinafina | 18,40 | 19,87 | 21,06 | 27,39 | 24,59 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 15,10 |
| 3742 | Terbinafinum | Erfin, tabl., 250 mg | 28 szt. | 05909990621064 | 2022-01-01 | 3 lata | 50.0, Dermatologiczne leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - terbinafina | 36,80 | 39,74 | 42,13 | 51,46 | 49,17 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 26,88 |
| 3743 | Terbinafinum | Myconafine, tabl., 250 mg | 14 szt. | 05909990419043 | 2024-01-01 | 3 lata | 50.0, Dermatologiczne leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - terbinafina | 15,50 | 16,74 | 17,74 | 24,07 | 24,07 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 12,04 |
| 3744 | Terbinafinum | Myconafine, tabl., 250 mg | 28 szt. | 05909990419050 | 2022-01-01 | 3 lata | 50.0, Dermatologiczne leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - terbinafina | 34,80 | 37,58 | 39,84 | 49,17 | 49,17 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 24,59 |

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

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 3756 | tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum | Amlessa, tabl., 8+5 mg | 90 szt. | 05909990908233 | 2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 65,66 | 70,91 | 75,17 | 82,28 | 33,51 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | ryczałt | 67,97 |
| 3757 | tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum | 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 | 14,69 | 5,58 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | ryczałt | 12,31 |
| 3758 | tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum | 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 | 29,04 | 11,17 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | ryczałt | 24,27 |
| 3759 | tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum | 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 | 14,69 | 5,58 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | ryczałt | 12,31 |
| 3760 | tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum | 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 | 29,04 | 11,17 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | ryczałt | 24,27 |
| 3761 | tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum | 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 | 29,04 | 11,17 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | ryczałt | 24,27 |
| 3762 | tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum | 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 | 57,05 | 22,34 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | ryczałt | 47,51 |
| 3763 | tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum | 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 | 29,04 | 11,17 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | ryczałt | 24,27 |
| 3764 | tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum | 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 | 57,05 | 22,34 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | ryczałt | 47,51 |
| 3765 | tert-Butylamini Perindoprilum + Indapamidum | Co-Prenessa, tabl., 8+2,5 mg | 30 szt. | 05909990850167 | 2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 19,99 | 21,59 | 22,89 | 26,17 | 11,17 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | ryczałt | 21,40 |
| 3766 | tert-Butylamini Perindoprilum + Indapamidum | Co-Prenessa 4 mg/1,25 mg tabletki, tabl., 4+1,25 mg | 30 szt. | 05909990746569 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 12,30 | 13,28 | 14,08 | 15,89 | 5,58 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | ryczałt | 13,51 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 3767 | Tetrabenazinum | Tetmodis, tabl., 25 mg | 112 szt. | 05909990805594 | 2023-01-01 | 3 lata | 238.0, Inne leki działające na układ nerwowy - tetrabenazyna | 358,00 | 386,64 | 409,84 | 434,06 | 434,06 | Hiperkinetyczne zaburzenia motoryczne w chorobie Huntingtona | | ryczałt | 3,20 |
| 3768 | Theophylline | Theospirex retard, tabl. 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 |
| 3769 | Theophyllinum | Euphyllin long, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 200 mg | 30 szt. | 09120099670104 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 203.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - teofilina - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 5,65 | 6,10 | 6,64 | 8,71 | 6,70 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | bradykardia u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 5,21 |
| 3770 | Theophyllinum | Euphyllin long, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 300 mg | 30 szt. | 09120099670111 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 203.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - teofilina - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 7,40 | 7,99 | 8,53 | 11,47 | 10,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | bradykardia u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 4,63 |
| 3771 | Theophyllinum | Theospirex retard 300 mg, tabl. 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 |
| 3772 | 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 |
| 3773 | 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 |
| 3774 | 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 |
| 3775 | 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 |
| 3776 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 3777 | Tianeptinum natricum | Coaxil, tabl. drażowane, 12.5 mg | 30 szt. | 05909991290016 | 2021-11-01 | 3 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 9,50 | 10,26 | 10,88 | 14,23 | 10,40 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 6,95 |
| 3778 | Tianeptinum natricum | Coaxil, tabl. drażowane, 12.5 mg | 30 szt. | 05909991267131 | 2022-07-01 | 3 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 10,95 | 11,83 | 12,54 | 15,89 | 10,40 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 8,61 |
| 3779 | Tianeptinum natricum | Coaxil, tabl. powl., 12.5 mg | 30 szt. (1 blist.po 30 szt.) | 05909990370214 | 2022-01-01 | 3 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 15,44 | 16,68 | 17,68 | 21,03 | 10,40 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 13,75 |
| 3780 | Tianeptinum natricum | Tianesal, tabl. 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 |
| 3781 | Tianeptinum natricum | Tianesal, tabl. powl., 12.5 mg | 90 szt. | 05909991201821 | 2021-09-01 | 3 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 37,49 | 40,49 | 42,92 | 50,13 | 31,20 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 28,29 |
| 3782 | Ticlopidini hydrochloridum | 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 |
| 3783 | 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 |
| 3784 | Timololum | Cusimolol 0,5%, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909990187713 | 2022-01-01 | 3 lata | 213.0, Leki przeciwjaskrowe - beta-adrenolityki do stosowania do oczu | 3,99 | 4,31 | 4,85 | 6,54 | 5,51 | Jaskra | | 30% | 2,68 |
| 3785 | Timololum | 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 |
| 3786 | 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 |
| 3787 | Tioguaninum | Lanvis, tabl., 40 mg | 25 szt. | 05909990185214 | 2022-11-01 | 3 lata | 234.0, Leki przeciwnowotworowe - antymetabolity - analogi puryn - tioguanina | 372,00 | 401,76 | 425,87 | 450,53 | 450,53 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 3788 | Tiotropii bromidum | Braltus, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 10 µg/dawkę dostarczaną | 30 szt. + 1 inhalator | 05909991299545 | 2022-03-01 | 3 lata | 201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 78,99 | 85,31 | 90,43 | 104,30 | 104,30 | Ciężka postać POChP z udokumentowanym badaniem spirometrycznym z wartością wskaźnika FEV1<50% oraz ujemną próbą rozkurczową | | ryczałt | 3,20 |
| 3789 | Tiotropii bromidum | Braltus, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 10 µg/dawkę dostarczaną | 30 szt. + 1 inhalator | 05909991299545 | 2022-03-01 | 3 lata | 201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 78,99 | 85,31 | 90,43 | 104,30 | 104,30 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 31,29 |
| 3790 | Tiotropium | Ontipria, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną | 30 kaps. z inhalatorem | 05909991456276 | 2023-03-01 | 3 lata | 201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 71,25 | 76,95 | 81,57 | 95,44 | 95,44 | Ciężka postać POChP z udokumentowanym badaniem spirometrycznym z wartością wskaźnika FEV1<50% oraz ujemną próbą rozkurczową | | ryczałt | 3,20 |
| 3791 | Tiotropium | Ontipria, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną | 30 kaps. z inhalatorem | 05909991456276 | 2023-03-01 | 3 lata | 201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 71,25 | 76,95 | 81,57 | 95,44 | 95,44 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 28,63 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 3792 | Tiotropium | Spiriva, proszek do inhalacji w kaps. 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 |
| 3793 | 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 |
| 3794 | 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 |
| 3795 | 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 |
| 3796 | Tiotropium | Spiriva Respimat, roztwór do inhalacji, 2.5 µg/dawkę odmierzoną | 1 wkł.po 30 dawek leczniczych (60 dawek odmierzonych) + 1 inhalator Respimat | 05909990735839 | 2022-01-01 | 3 lata | 201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 95,00 | 102,60 | 108,76 | 122,63 | 104,30 | Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące | | 30% | 49,62 |
| 3797 | Tiotropium | Srivasso, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną | 30 kaps. | 05909991253998 | 2022-07-01 | 3 lata | 201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 78,99 | 85,31 | 90,43 | 104,30 | 104,30 | Ciężka postać POChP z udokumentowanym badaniem spirometrycznym z wartością wskaźnika FEV1<50% oraz ujemną próbą rozkurczową | | ryczałt | 3,20 |
| 3798 | Tiotropium | Srivasso, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną | 30 kaps. | 05909991253998 | 2022-07-01 | 3 lata | 201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 78,99 | 85,31 | 90,43 | 104,30 | 104,30 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 31,29 |
| 3799 | Tiotropium | Srivasso, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną | 30 kaps. z inhalatorem | 05909991254001 | 2022-07-01 | 3 lata | 201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 78,99 | 85,31 | 90,43 | 104,30 | 104,30 | Ciężka postać POChP z udokumentowanym badaniem spirometrycznym z wartością wskaźnika FEV1<50% oraz ujemną próbą rozkurczową | | ryczałt | 3,20 |
| 3800 | Tiotropium | Srivasso, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną | 30 kaps. z inhalatorem | 05909991254001 | 2022-07-01 | 3 lata | 201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 78,99 | 85,31 | 90,43 | 104,30 | 104,30 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 31,29 |
| 3801 | Tizanidinum | Sirdalud MR, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 6 mg | 30 szt. | 05909990671410 | 2022-01-01 | 3 lata | 144.0, Leki działające rozkurczowo na mięśnie szkieletowe - tizanidyna | 40,55 | 43,79 | 46,42 | 55,01 | 45,17 | Stwardnienie rozsiane | | 30% | 23,39 |
| 3802 | Tizanidinum | Tizanor, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909990784486 | 2022-05-01 | 3 lata | 144.0, Leki działające rozkurczowo na mięśnie szkieletowe - tizanidyna | 20,33 | 21,96 | 23,27 | 30,11 | 30,11 | Stwardnienie rozsiane | | 30% | 9,03 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 3803 | Tolterodini hydrogenotartras | Uroflow 2, tabl. 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 | 14,93 | 8,23 | Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym | | 30% | 9,17 |
| 3804 | 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 | 24,11 | 16,47 | Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym | | 30% | 12,58 |
| 3805 | Tolterodini tartras | Defur, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg | 90 szt. | 05909991139520 | 2021-09-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 56,00 | 60,48 | 64,11 | 73,63 | 52,94 | Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym | | 30% | 36,57 |
| 3806 | Tolterodini tartras | Titlodine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 2 mg | 28 szt. | 05909991035235 | 2022-03-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 10,74 | 11,60 | 12,29 | 14,91 | 8,23 | Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym | | 30% | 9,15 |
| 3807 | Tolterodini tartras | Titlodine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg | 28 szt. | 05909991035549 | 2022-03-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 21,48 | 23,20 | 24,59 | 29,18 | 16,47 | Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym | | 30% | 17,65 |
| 3808 | Tolterodini tartras | Tolzurin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg | 28 szt. | 05909991023522 | 2022-03-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 17,36 | 18,75 | 19,87 | 24,46 | 16,47 | Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym | | 30% | 12,93 |
| 3809 | Tolterodini tartras | Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 2 mg | 60 szt. | 05909991008642 | 2024-04-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 17,24 | 18,62 | 19,73 | 24,55 | 17,65 | Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym | | 30% | 12,20 |
| 3810 | Tolterodini tartras | Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg | 30 szt. | 05909991008666 | 2024-04-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 17,24 | 18,62 | 19,73 | 24,55 | 17,65 | Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym | | 30% | 12,20 |
| 3811 | Tolterodini tartras | Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg | 60 szt. | 05909991008680 | 2024-04-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 34,46 | 37,22 | 39,45 | 46,97 | 35,29 | Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym | | 30% | 22,27 |
| 3812 | Tolterodini tartras | Uroflow SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg | 30 szt. | 05909991437473 | 2021-07-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 17,24 | 18,62 | 19,73 | 24,55 | 17,65 | Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym | | 30% | 12,20 |
| 3813 | Topiramatum | Epitoram, tabl. 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 |
| 3814 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 3815 | Topiramatum | Epitoram, tabl. 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 |
| 3816 | 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 |
| 3817 | 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 |
| 3818 | 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 |
| 3819 | 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 |
| 3820 | 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 |
| 3821 | 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 |
| 3822 | 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 |
| 3823 | 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 |
| 3824 | 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 | 26,80 | 28,94 | 30,68 | 38,37 | 34,47 | Padaczka oporna na leczenie | zespół Tourette'a | ryczałt | 7,10 |
| 3825 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 3826 | 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 | 10,36 | 11,19 | 11,86 | 14,74 | 8,62 | Padaczka oporna na leczenie | zespół Tourette'a | ryczałt | 9,32 |
| 3827 | 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 | 13,40 | 14,47 | 15,34 | 20,30 | 17,24 | Padaczka oporna na leczenie | zespół Tourette'a | ryczałt | 6,26 |
| 3828 | 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 |
| 3829 | 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 |
| 3830 | 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 |
| 3831 | 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 |
| 3832 | 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 |
| 3833 | 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 |
| 3834 | 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 |
| 3835 | 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 |
| 3836 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 3837 | 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 |
| 3838 | 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 |
| 3839 | 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 |
| 3840 | 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 |
| 3841 | 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 |
| 3842 | 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 |
| 3843 | 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 |
| 3844 | 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 |
| 3845 | 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 |
| 3846 | 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 |
| 3847 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 3848 | 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 |
| 3849 | 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 |
| 3850 | 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 |
| 3851 | 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 |
| 3852 | 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 |
| 3853 | 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 |
| 3854 | 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 |
| 3855 | 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 |
| 3856 | 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 |
| 3857 | 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 |
| 3858 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 3859 | Tramadoli hydrochloridum | Tramadol Krka, kaps. twarde, 50 mg | 20 szt. | 05909991376819 | 2022-07-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 4,80 | 5,18 | 5,72 | 7,84 | 6,31 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 1,53 |
| 3860 | Tramadoli hydrochloridum | Tramadol SYNTEZA, krople doustne, 100 mg/ml | 1 but.po 10 ml | 05909990294718 | 2022-01-01 | 3 lata | 153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 8,50 | 9,18 | 9,73 | 12,50 | 8,16 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,79 |
| 3861 | Tramadoli hydrochloridum | Tramadol SYNTEZA, krople doustne, 100 mg/ml | 1 but.po 10 ml | 05909990294718 | 2022-01-01 | 3 lata | 153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 8,50 | 9,18 | 9,73 | 12,50 | 8,16 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 4,34 |
| 3862 | Tramadoli hydrochloridum | Tramadol SYNTEZA, kaps. twarde, 50 mg | 20 szt. | 05909990294619 | 2022-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 6,70 | 7,24 | 7,78 | 9,90 | 6,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,48 |
| 3863 | Tramadoli hydrochloridum | Tramadol SYNTEZA, kaps. twarde, 50 mg | 20 szt. | 05909990294619 | 2022-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 6,70 | 7,24 | 7,78 | 9,90 | 6,31 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 3,59 |
| 3864 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml | 1 but.po 10 ml | 05909990253913 | 2022-01-01 | 3 lata | 153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 5,80 | 6,26 | 6,80 | 9,57 | 8,16 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,86 |
| 3865 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml | 1 but.po 10 ml | 05909990253913 | 2022-01-01 | 3 lata | 153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 5,80 | 6,26 | 6,80 | 9,57 | 8,16 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 1,41 |
| 3866 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml | 1 but.po 96 ml z pompką | 05909990253920 | 2022-01-01 | 3 lata | 153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 57,92 | 62,55 | 66,31 | 78,29 | 78,29 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 23,49 |
| 3867 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml | 1 but.po 96 ml z pompką | 05909990253920 | 2022-01-01 | 3 lata | 153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 57,92 | 62,55 | 66,31 | 78,29 | 78,29 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 3868 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal, kaps. twarde, 50 mg | 20 szt. | 05909990253616 | 2022-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 5,20 | 5,62 | 6,16 | 8,28 | 6,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,86 |
| 3869 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal, kaps. twarde, 50 mg | 20 szt. | 05909990253616 | 2022-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 5,20 | 5,62 | 6,16 | 8,28 | 6,31 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 1,97 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 3870 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml | 5 amp.po 1 ml | 05909990253814 | 2022-01-01 | 3 lata | 153.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania pozajelitowego | 5,80 | 6,26 | 6,80 | 9,15 | 7,83 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,67 |
| 3871 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml | 5 amp.po 1 ml | 05909990253814 | 2022-01-01 | 3 lata | 153.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania pozajelitowego | 5,80 | 6,26 | 6,80 | 9,15 | 7,83 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 1,32 |
| 3872 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml | 5 amp.po 2 ml | 05909990253821 | 2022-01-01 | 3 lata | 153.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania pozajelitowego | 10,00 | 10,80 | 11,45 | 15,66 | 15,66 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 4,70 |
| 3873 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml | 5 amp.po 2 ml | 05909990253821 | 2022-01-01 | 3 lata | 153.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania pozajelitowego | 10,00 | 10,80 | 11,45 | 15,66 | 15,66 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 3874 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg | 10 szt. | 05909990786213 | 2022-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 4,95 | 5,35 | 5,89 | 8,01 | 6,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,59 |
| 3875 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg | 10 szt. | 05909990786213 | 2022-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 4,95 | 5,35 | 5,89 | 8,01 | 6,31 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 1,70 |
| 3876 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg | 30 szt. | 05909990786220 | 2022-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 15,40 | 16,63 | 17,63 | 22,77 | 18,93 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 9,52 |
| 3877 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg | 30 szt. | 05909990786220 | 2022-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 15,40 | 16,63 | 17,63 | 22,77 | 18,93 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 3,84 |
| 3878 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg | 50 szt. | 05909990786237 | 2022-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 25,67 | 27,72 | 29,39 | 36,53 | 31,55 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 14,45 |
| 3879 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg | 50 szt. | 05909990786237 | 2022-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 25,67 | 27,72 | 29,39 | 36,53 | 31,55 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 4,98 |
| 3880 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 10 szt. | 05909990786312 | 2022-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 7,42 | 8,01 | 8,55 | 11,55 | 9,46 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 4,93 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 3881 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 10 szt. | 05909990786312 | 2022-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 7,42 | 8,01 | 8,55 | 11,55 | 9,46 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 2,09 |
| 3882 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 30 szt. | 05909991480691 | 2022-11-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 20,78 | 22,44 | 23,79 | 30,55 | 28,39 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 10,68 |
| 3883 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 30 szt. | 05909991480691 | 2022-11-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 20,78 | 22,44 | 23,79 | 30,55 | 28,39 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 2,16 |
| 3884 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 30 szt. | 05909990786329 | 2022-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 23,10 | 24,95 | 26,45 | 33,21 | 28,39 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 13,34 |
| 3885 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 30 szt. | 05909990786329 | 2022-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 23,10 | 24,95 | 26,45 | 33,21 | 28,39 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 4,82 |
| 3886 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 50 szt. | 05909991480707 | 2022-11-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 34,64 | 37,41 | 39,66 | 48,70 | 47,32 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 15,58 |
| 3887 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 50 szt. | 05909991480707 | 2022-11-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 34,64 | 37,41 | 39,66 | 48,70 | 47,32 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 1,38 |
| 3888 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 50 szt. | 05909990786336 | 2022-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 38,50 | 41,58 | 44,07 | 53,11 | 47,32 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 19,99 |
| 3889 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 50 szt. | 05909990786336 | 2022-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 38,50 | 41,58 | 44,07 | 53,11 | 47,32 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 5,79 |
| 3890 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 10 szt. | 05909990786411 | 2022-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 9,94 | 10,74 | 11,38 | 15,26 | 12,62 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,43 |
| 3891 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 10 szt. | 05909990786411 | 2022-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 9,94 | 10,74 | 11,38 | 15,26 | 12,62 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 2,64 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 3892 | 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 |
| 3893 | 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 |
| 3894 | 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 |
| 3895 | 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 |
| 3896 | 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 |
| 3897 | 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 |
| 3898 | 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 |
| 3899 | 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 |
| 3900 | 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 |
| 3901 | 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 |
| 3902 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Doreta, tabl. powl., 37,5+325 mg | 60 szt. | 05909990735167 | 2021-07-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 9,99 | 10,79 | 11,44 | 15,63 | 14,20 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,69 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 3903 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Doreta, tabl. powl., 37,5+325 mg | 60 szt. | 05909990735167 | 2021-07-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 9,99 | 10,79 | 11,44 | 15,63 | 14,20 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 1,43 |
| 3904 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Doreta, tabl. powl., 37,5+325 mg | 90 szt. | 05909991143923 | 2021-09-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 14,90 | 16,09 | 17,05 | 22,67 | 21,30 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 7,76 |
| 3905 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Doreta, tabl. powl., 37,5+325 mg | 90 szt. | 05909991143923 | 2021-09-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 14,90 | 16,09 | 17,05 | 22,67 | 21,30 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 1,37 |
| 3906 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Doreta, tabl. powl., 75+650 mg | 60 szt. | 05909990936595 | 2021-07-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 19,98 | 21,58 | 22,87 | 29,63 | 28,39 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 9,76 |
| 3907 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Doreta, tabl. powl., 75+650 mg | 60 szt. | 05909990936595 | 2021-07-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 19,98 | 21,58 | 22,87 | 29,63 | 28,39 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 1,24 |
| 3908 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Doreta, tabl. powl., 75+650 mg | 90 szt. | 05909991143930 | 2021-09-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 29,80 | 32,18 | 34,12 | 42,59 | 42,59 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 12,78 |
| 3909 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Doreta, tabl. powl., 75+650 mg | 90 szt. | 05909991143930 | 2021-09-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 29,80 | 32,18 | 34,12 | 42,59 | 42,59 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 3910 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Exbol, tabl., 37,5+325 mg | 30 szt. | 05909990971763 | 2021-09-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 4,98 | 5,38 | 5,92 | 8,26 | 7,10 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,29 |
| 3911 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Exbol, tabl., 37,5+325 mg | 30 szt. | 05909990971763 | 2021-09-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 4,98 | 5,38 | 5,92 | 8,26 | 7,10 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 1,16 |
| 3912 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Exbol, tabl., 37,5+325 mg | 60 szt. | 05909990971794 | 2024-04-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 9,91 | 10,70 | 11,34 | 15,53 | 14,20 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,59 |
| 3913 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Exbol, tabl., 37,5+325 mg | 60 szt. | 05909990971794 | 2024-04-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 9,91 | 10,70 | 11,34 | 15,53 | 14,20 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 1,33 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 3914 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Exbol, tabl. powl., 37,5+325 mg | 90 szt. | 03830070471243 | 2024-04-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 14,87 | 16,06 | 17,02 | 22,64 | 21,30 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 7,73 |
| 3915 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Exbol, tabl. powl., 37,5+325 mg | 90 szt. | 03830070471243 | 2024-04-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 14,87 | 16,06 | 17,02 | 22,64 | 21,30 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 1,34 |
| 3916 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Padolten, tabl. powl., 37,5+325 mg | 30 szt. | 05909990806287 | 2021-05-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 4,96 | 5,36 | 5,90 | 8,24 | 7,10 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,27 |
| 3917 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Padolten, tabl. powl., 37,5+325 mg | 30 szt. | 05909990806287 | 2021-05-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 4,96 | 5,36 | 5,90 | 8,24 | 7,10 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 1,14 |
| 3918 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Padolten, tabl. powl., 37,5+325 mg | 60 szt. | 05909990806294 | 2021-05-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 9,93 | 10,72 | 11,37 | 15,56 | 14,20 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,62 |
| 3919 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Padolten, tabl. powl., 37,5+325 mg | 60 szt. | 05909990806294 | 2021-05-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 9,93 | 10,72 | 11,37 | 15,56 | 14,20 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 1,36 |
| 3920 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Padolten, tabl. powl., 37,5+325 mg | 90 szt. | 05909990806300 | 2021-09-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 14,90 | 16,09 | 17,05 | 22,67 | 21,30 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 7,76 |
| 3921 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Padolten, tabl. powl., 37,5+325 mg | 90 szt. | 05909990806300 | 2021-09-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 14,90 | 16,09 | 17,05 | 22,67 | 21,30 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 1,37 |
| 3922 | 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 |
| 3923 | 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 |
| 3924 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 3925 | 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 |
| 3926 | 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 |
| 3927 | 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 |
| 3928 | 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 |
| 3929 | 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 |
| 3930 | 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 |
| 3931 | 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 |
| 3932 | 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 |
| 3933 | 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 |
| 3934 | 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 |
| 3935 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 3936 | 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 |
| 3937 | 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 |
| 3938 | 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 |
| 3939 | 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 |
| 3940 | 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 |
| 3941 | 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 |
| 3942 | 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 |
| 3943 | 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 |
| 3944 | 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 |
| 3945 | 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 |
| 3946 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Tramapar, tabl. powl., 37,5+325 mg | 60 szt. | 05909990959488 | 2021-09-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 10,10 | 10,91 | 11,57 | 15,76 | 14,20 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,82 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 3947 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Tramapar, tabl. powl., 37,5+325 mg | 60 szt. | 05909990959488 | 2021-09-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 10,10 | 10,91 | 11,57 | 15,76 | 14,20 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 1,56 |
| 3948 | 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 |
| 3949 | 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 |
| 3950 | 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 |
| 3951 | 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 |
| 3952 | 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 |
| 3953 | 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 |
| 3954 | 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 |
| 3955 | 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 |
| 3956 | Travoprostum | Travatan, krople do oczu, roztwór, 0.04 mg/ml | 1 but.po 2,5 ml | 05909990942619 | 2022-01-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 27,30 | 29,48 | 31,26 | 38,76 | 31,65 | Jaskra | | ryczałt | 10,31 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 3957 | Travoprostum | Travoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml | 1 but.po 2,5 ml | 05909991197629 | 2022-05-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 25,28 | 27,30 | 28,94 | 36,44 | 31,65 | Jaskra | | ryczałt | 7,99 |
| 3958 | Travoprostum | Vizitrav, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml | 1 poj.a 2,5 ml | 05909991321949 | 2021-09-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 25,28 | 27,30 | 28,94 | 36,44 | 31,65 | Jaskra | | ryczałt | 7,99 |
| 3959 | Travoprostum | Vizitrav, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml | 3 poj.a 2,5 ml | 05909991321956 | 2021-09-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 75,84 | 81,91 | 86,82 | 100,32 | 94,94 | Jaskra | | ryczałt | 13,38 |
| 3960 | Travoprostum + Timololum | DuoTrav, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml | 1 but.po 2,5 ml | 05909990586172 | 2022-01-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 33,16 | 35,81 | 37,96 | 45,46 | 31,65 | Jaskra | | ryczałt | 17,01 |
| 3961 | Travoprostum + Timololum | Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml | 1 but.a 2,5 ml | 05909991347802 | 2023-03-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 27,75 | 29,97 | 31,77 | 39,27 | 31,65 | Jaskra | | ryczałt | 10,82 |
| 3962 | Travoprostum + Timololum | Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml | 3 but.a 2,5 ml | 05909991347819 | 2023-03-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 83,25 | 89,91 | 95,31 | 108,81 | 94,94 | Jaskra | | ryczałt | 21,87 |
| 3963 | Travoprostum + Timololum | Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml | 4 but.a 2,5 ml | 05909991347826 | 2023-03-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 111,00 | 119,88 | 127,07 | 141,95 | 126,59 | Jaskra | | ryczałt | 26,03 |
| 3964 | Travoprostum + Timololum | Travoprost + Timolol Medical Valley, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml | 1 but.a 2,5 ml | 05909991447106 | 2022-01-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 22,00 | 23,76 | 25,19 | 32,69 | 31,65 | Jaskra | | ryczałt | 4,24 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 3965 | Travoprostum + Timololum | Travoprost+Timolol Genoptim, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml | 1 but.a 2,5 ml | 05909991350420 | 2023-03-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 27,75 | 29,97 | 31,77 | 39,27 | 31,65 | Jaskra | | ryczałt | 10,82 |
| 3966 | Trazodoni hydrochloridum | Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 20 szt. | 05909990918720 | 2022-01-01 | 3 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 18,55 | 20,03 | 21,23 | 24,58 | 10,40 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 17,30 |
| 3967 | Trazodoni hydrochloridum | Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 60 szt. | 05909990715497 | 2022-01-01 | 3 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 50,30 | 54,32 | 57,59 | 64,80 | 31,20 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 42,96 |
| 3968 | Trazodoni hydrochloridum | Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg | 30 szt. | 05909990918621 | 2022-01-01 | 3 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 14,13 | 15,26 | 16,18 | 18,78 | 7,80 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 13,32 |
| 3969 | Trazodoni hydrochloridum | Trittico XR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 30 szt. | 05909991094645 | 2021-09-01 | 3 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 26,80 | 28,94 | 30,68 | 35,25 | 15,60 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 24,33 |
| 3970 | Trazodoni hydrochloridum | Trittico XR, tabl. 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 |
| 3971 | Triamcinolonum | Polcortolon, tabl., 4 mg | 20 szt. (2 blist.po 10 szt.) | 05909990915446 | 2021-11-01 | 3 lata | 82.6, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - triamcynolon | 14,48 | 15,64 | 16,58 | 22,08 | 22,08 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,62 |
| 3972 | Triptorelinum | Diphereline SR 11,25 mg, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny o przedłużonym uwalnianiu do wstrzykiwań, 11.25 mg | 1 fiol. + 1 amp.po 2 ml + 1 strz. + 2 igły | 05909990894413 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę | 518,00 | 559,44 | 593,01 | 619,99 | 565,55 | Nowotwory złośliwe - Rak prostaty | obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu | ryczałt | 64,04 |
| 3973 | Triptorelinum | Diphereline SR 3,75, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny o przedłużonym uwalnianiu do wstrzykiwań, 3.75 mg | 1 fiol. + 1 amp.po 2 ml + 1 strz. + 2 igły | 05909990486915 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę | 249,00 | 268,92 | 285,06 | 302,34 | 175,95 | Nowotwory złośliwe - Rak prostaty | obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu | ryczałt | 129,59 |
| 3974 | Triptorelinum | Gonapeptyl Daily, roztwór do wstrzykiwań, 0.1 mg/ml | 7 amp.-strz.po 1 ml | 05909990707553 | 2021-07-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 69.2, Leki stosowane w terapii hormonalnej – analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę | 135,65 | 146,50 | 155,29 | 172,40 | 172,40 | Desensybilizacja przysadki mózgowej i zapobieganie przedwczesnej owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, poddawanych kontrolowanej hiperstymulacji jajników - refundacja do 3 cykli | obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu | ryczałt | 3,20 |
| 3975 | Tropicamidum | Tropicamidum WZF 0,5%, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml | 10 ml (2x5 ml) | 05909990125524 | 2022-01-01 | 3 lata | 226.0, Leki antycholinergiczne do stosowania do oczu | 7,20 | 7,78 | 8,32 | 12,76 | 12,76 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 3976 | Tropicamidum | Tropicamidum WZF 1%, krople do oczu, roztwór, 10 mg/ml | 10 ml (2x5 ml) | 05909990125623 | 2022-01-01 | 3 lata | 226.0, Leki antycholinergiczne do stosowania do oczu | 10,80 | 11,66 | 12,37 | 16,81 | 16,81 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 3977 | Umeclidinii bromidum + 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 |
| 3978 | Urofollitropinum | Fostimon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 75 j.m./ml | 1 fiol. z prosz.po 75 j.m. + 1 amp. z rozp.po 1 ml | 05909991083212 | 2021-07-01 | 3 lata | 69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny | 55,00 | 59,40 | 62,96 | 75,66 | 75,66 | Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli | | ryczałt | 3,20 |
| 3979 | 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 |
| 3980 | Valganciclovirum | Valcyte, proszek do sporządzania roztworu doustnego, 50 mg/ml | 1 but.po 12 g | 05902768001082 | 2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 116.2, Leki przeciwwirusowe - walgancyklowir do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 660,00 | 712,80 | 755,57 | 788,43 | 788,43 | Zakażenie wirusem cytomegalii u pacjentów poddawanych przeszczepom narządów miąższowych - profilaktyka po zakończeniu hospitalizacji związanej z transplantacją do 110 dni po przeszczepie - w przypadku udokumentowanych przeciwwskazań do stosowania walgancyklowiru w stałej doustnej postaci farmaceutycznej; Zakażenie wirusem cytomegalii u pacjentów poddawanych przeszczepom nerek - profilaktyka po zakończeniu hospitalizacji związanej z transplantacją do 200 dni po przeszczepie - w przypadku udokumentowanych przeciwwskazań do stosowania walgancyklowiru w stałej doustnej postaci farmaceutycznej | <1>zakażenie wirusem cytomegalii u pacjentów poddawanych przeszczepom kończyny, rogówki, szpiku, tkanek lub komórek - profilaktyka po zakończeniu hospitalizacji związanej z transplantacją do 110 dni po przeszczepie - w przypadku udokumentowanych przeciwwskazań do stosowania walgancyklowiru w stałej doustnej postaci farmaceutycznej; <2>zakażenia wirusem cytomegalii po transplantacji narządów lub szpiku - leczenie - w przypadku udokumentowanych przeciwwskazań do stosowania walgancyklowiru w stałej doustnej postaci farmaceutycznej; zakażenia wirusem Ebsteina-Barr po transplantacji narządów lub szpiku - leczenie - w przypadku udokumentowanych przeciwwskazań do stosowania walgancyklowiru w stałej doustnej postaci farmaceutycznej | ryczałt | 3,20 |
| 3981 | 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 |
| 3982 | 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 |
| 3983 | 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 |
| 3984 | Valsartanum | Avasart, tabl. powl., 160 mg | 28 szt. | 05909990773763 | 2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 18,70 | 20,20 | 21,41 | 26,77 | 21,40 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 11,79 |
| 3985 | Valsartanum | Avasart, tabl. powl., 80 mg | 28 szt. | 05909990773695 | 2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 9,60 | 10,37 | 10,99 | 14,15 | 10,70 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 6,66 |
| 3986 | Valsartanum | Bespres, tabl. 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 3987 | Valsartanum | Bespres, tabl. 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 |
| 3988 | 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 |
| 3989 | 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 |
| 3990 | 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 |
| 3991 | 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 |
| 3992 | 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 |
| 3993 | 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 |
| 3994 | 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 |
| 3995 | 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 |
| 3996 | 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 |
| 3997 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 3998 | Valsartanum | Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. 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 |
| 3999 | 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 |
| 4000 | 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 |
| 4001 | 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 |
| 4002 | 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 |
| 4003 | 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 |
| 4004 | 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 |
| 4005 | 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 |
| 4006 | 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 |
| 4007 | Valsartanum | Valtap, tabl. powl., 160 mg | 28 szt. | 05909990804580 | 2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 11,20 | 12,10 | 12,82 | 18,18 | 18,18 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 5,45 |
| 4008 | Valsartanum | Valtap, tabl. powl., 80 mg | 28 szt. | 05909990804542 | 2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 5,60 | 6,05 | 6,59 | 9,75 | 9,75 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 2,93 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 4009 | Valsartanum | Valzek, tabl., 160 mg | 28 szt. | 05909991202330 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 17,00 | 18,36 | 19,46 | 24,82 | 21,40 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 8,86 |
| 4010 | Valsartanum | Valzek, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05909991202286 | 2024-04-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 8,50 | 9,18 | 9,73 | 12,89 | 10,70 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 4,86 |
| 4011 | Valsartanum | Vanatex, tabl. 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 |
| 4012 | 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 |
| 4013 | 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 |
| 4014 | 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 |
| 4015 | 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 |
| 4016 | 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 |
| 4017 | 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 |
| 4018 | 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 |
| 4019 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 4020 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Dipper, tabl. 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 |
| 4021 | 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 |
| 4022 | 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 |
| 4023 | 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 |
| 4024 | 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 |
| 4025 | 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 |
| 4026 | 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 |
| 4027 | 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 |
| 4028 | 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 |
| 4029 | 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 |
| 4030 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 4031 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Valsacor, tabl. 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 |
| 4032 | 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 |
| 4033 | 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 |
| 4034 | 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 |
| 4035 | 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 |
| 4036 | 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 |
| 4037 | 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 |
| 4038 | 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 |
| 4039 | 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 |
| 4040 | 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 |
| 4041 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Valtap HCT, tabl. powl., 160+12,5 mg | 28 szt. | 05909990801961 | 2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 11,20 | 12,10 | 12,82 | 18,18 | 18,18 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL | 30% | 5,45 |

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

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

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 4059 | Venlafaxinum | Efectin ER 75, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. | 05909990493913 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 17,20 | 18,58 | 19,69 | 25,55 | 21,84 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 10,26 |
| 4060 | Venlafaxinum | Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. | 05909990715374 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 31,00 | 33,48 | 35,49 | 44,25 | 43,68 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 13,67 |
| 4061 | Venlafaxinum | Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg | 28 szt. | 05909990715299 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 6,80 | 7,34 | 7,88 | 11,39 | 10,92 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 3,75 |
| 4062 | Venlafaxinum | Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. | 05909990715350 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 15,50 | 16,74 | 17,74 | 23,60 | 21,84 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 8,31 |
| 4063 | Venlafaxinum | Faxigen XL 150 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. | 05909990721528 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 25,80 | 27,86 | 29,54 | 38,30 | 38,30 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 11,49 |
| 4064 | Venlafaxinum | Faxigen XL 37,5 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg | 28 szt. | 05909990721498 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 6,45 | 6,97 | 7,51 | 11,02 | 10,92 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 3,38 |
| 4065 | Venlafaxinum | Faxigen XL 75 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. | 05909990721504 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 12,90 | 13,93 | 14,76 | 20,62 | 20,62 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 6,19 |
| 4066 | Venlafaxinum | Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. | 05909990691883 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 33,50 | 36,18 | 38,35 | 47,11 | 43,68 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 16,53 |

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

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

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 4083 | Venlafaxinum | 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 |
| 4084 | 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 |
| 4085 | Venlafaxinum | Velaxin ER 150 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. | 05909990056293 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 31,52 | 34,04 | 36,08 | 44,84 | 43,68 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 14,26 |
| 4086 | Venlafaxinum | Velaxin ER 37,5 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg | 28 szt. | 05909990055982 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 7,88 | 8,51 | 9,05 | 12,56 | 10,92 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 4,92 |
| 4087 | Venlafaxinum | Velaxin ER 75 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. | 05909990056279 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 15,76 | 17,02 | 18,05 | 23,91 | 21,84 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 8,62 |
| 4088 | Venlafaxinum | Venlafaxine Bluefish XL, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. | 05909990767625 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 20,18 | 21,79 | 23,10 | 31,86 | 31,86 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 9,56 |
| 4089 | Venlafaxinum | Venlafaxine Bluefish XL, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. | 05909990767601 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 10,06 | 10,86 | 11,51 | 17,37 | 17,37 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 5,21 |
| 4090 | Venlafaxinum | Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 28 szt. | 05909990424672 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 32,20 | 34,78 | 36,86 | 45,62 | 43,68 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 15,04 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 4091 | Venlafaxinum | Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 37.5 mg | 28 szt. | 05909990040971 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 8,00 | 8,64 | 9,18 | 12,69 | 10,92 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 5,05 |
| 4092 | Venlafaxinum | Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg | 28 szt. | 05909990040995 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 16,00 | 17,28 | 18,32 | 24,18 | 21,84 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 8,89 |
| 4093 | Verapamilum | Staveran 120, tabl. 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 |
| 4094 | 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 |
| 4095 | 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 |
| 4096 | Vigabatrinum | Sabril, tabl. powl., 500 mg | 100 szt. | 05909990312818 | <1>2022-01-01/<2>2021-09-01 - dla kolumny 14, 2021-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 162.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - wigabatryna - stałe postacie farmaceutyczne | 189,57 | 204,74 | 217,02 | 235,94 | 235,94 | <1>Padaczka oporna na leczenie | stany napadowe w przebiegu stwardnienia guzowatego - monoterapia | ryczałt | 3,20 |
| 4097 | Vigabatrinum | Sabril, tabl. powl., 500 mg | 100 szt. | 05909990312818 | <1>2022-01-01/<2>2021-09-01 | 3 lata | 162.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - wigabatryna - stałe postacie farmaceutyczne | 189,57 | 204,74 | 217,02 | 235,94 | 235,94 | <2>Zespół Westa | | ryczałt | 3,20 |
| 4098 | Vigabatrinum | Sabril, granulat do sporządzania roztworu doustnego, 500 mg | 50 sasz. | 05909990832712 | <1>2022-01-01/<2>2021-09-01 - dla kolumny 14, 2021-07-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 162.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - wigabatryna - płynne postacie farmaceutyczne | 121,97 | 131,73 | 139,63 | 155,96 | 155,96 | <1>Padaczka oporna na leczenie | stany napadowe w przebiegu stwardnienia guzowatego - monoterapia | ryczałt | 3,20 |
| 4099 | Vigabatrinum | Sabril, granulat do sporządzania roztworu doustnego, 500 mg | 50 sasz. | 05909990832712 | <1>2022-01-01/<2>2021-09-01 | 3 lata | 162.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - wigabatryna - płynne postacie farmaceutyczne | 121,97 | 131,73 | 139,63 | 155,96 | 155,96 | <2>Zespół Westa | | ryczałt | 3,20 |
| 4100 | Vildagliptinum | Anvildis, tabl., 50 mg | 56 szt. | 05901812162076 | 2023-01-01 | 2 lata | 258.0, Doustne leki 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 |

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

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 4112 | Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum | Gliptivil Combo, tabl. 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 |
| 4113 | 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 |
| 4114 | 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 |
| 4115 | 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 |
| 4116 | 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 | 159,58 | 138,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | profilaktyka inwazyjnych zakażeń grzybiczych u pacjentów wysokiego ryzyka z zespołami przebiegającymi z niedoborami odporności | ryczałt | 22,28 |
| 4117 | Voriconazolum | Voriconazole Accord, tabl. 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 | 207,03 | 207,03 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | profilaktyka inwazyjnych zakażeń grzybiczych u pacjentów wysokiego ryzyka z zespołami przebiegającymi z niedoborami odporności | ryczałt | 3,20 |
| 4118 | Vortioxetini hydrobromidum | Brintellix, tabl. 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 |
| 4119 | 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 |
| 4120 | Warfarinum natricum | Warfin, tabl., 3 mg | 100 szt. | 05909990622368 | 2022-01-01 | 3 lata | 21.0, Leki przeciwzakrzepowe z grupy antagonistów witaminy K | 13,40 | 14,47 | 15,34 | 18,77 | 12,13 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 10,91 |
| 4121 | Warfarinum natricum | Warfin, tabl., 5 mg | 100 szt. | 05909990622382 | 2022-01-01 | 3 lata | 21.0, Leki przeciwzakrzepowe z grupy antagonistów witaminy K | 21,60 | 23,33 | 24,73 | 29,75 | 20,22 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 16,64 |
| 4122 | Wyciągi alergenowe roztoczy kurzu domowego | Novo-Helisen Depot, zawiesina do wstrzykiwań, stężenie 3 - 5000 TU/ml lub 5000 PNU/ml | 1 fiol.po 4,5 ml (stężenie 3) | 05909991047061 | 2023-09-01 | 3 lata | 214.1, Alergeny kurzu domowego | 490,00 | 529,20 | 560,95 | 589,33 | 581,05 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 25,08 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 4123 | Wyciągi alergenowe roztoczy kurzu domowego | Novo-Helisen Depot, zawiesina do wstrzykiwań, stężenie 3 - 5000 TU/ml lub 5000 PNU/ml | 2 fiol.po 4,5 ml (stężenie 3) | 05909990766871 | 2022-11-01 | 3 lata | 214.1, Alergeny kurzu domowego | 980,00 | 1058,40 | 1121,90 | 1162,09 | 1162,09 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 33,60 |
| 4124 | Ziprasidonum | Zypsila, kaps. twarde, 80 mg | 56 szt. | 05909990681228 | 2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15 | 3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15 | 178.9, Leki przeciwpsychotyczne - zyprasydon | 171,00 | 184,68 | 195,76 | 214,09 | 214,09 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 5,97 |
| 4125 | 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 |
| 4126 | 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 |
| 4127 | 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 |
| 4128 | 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 | 2024-01-01 | 3 lata | 217.8, Diety eliminacyjne mlekozastępcze - hydrolizaty białek mleka | 36,24 | 38,05 | 40,33 | 46,86 | 25,89 | Zespoły wrodzonych defektów metabolicznych, alergie pokarmowe i biegunki przewlekłe | | 30% | 28,74 |
| 5 | Dieta eliminacyjna mlekozastępcza | Bebilon Pepti 2 Syneo, proszek | 400 g | 5900852033971 | 2024-01-01 | 3 lata | 217.8, Diety eliminacyjne mlekozastępcze - hydrolizaty białek mleka | 39,02 | 40,97 | 43,43 | 53,12 | 53,12 | Zespoły wrodzonych defektów metabolicznych, alergie pokarmowe i biegunki przewlekłe | | 30% | 15,94 |
| 6 | Dieta eliminacyjna mlekozastępcza | Blemil plus Elemental, proszek do przygotowania roztworu doustnego | 400 g | 8426594103521 | 2023-05-01 | 3 lata | 217.6, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla niemowląt i dzieci | 84,95 | 89,20 | 94,55 | 108,57 | 107,27 | Stosowanie dietetyczne u niemowląt od urodzenia i dzieci z ciężką postacią alergii na białko mleka krowiego oraz nietolerancją różnego rodzaju żywności, u których zastosowanie w postępowaniu dietetycznym hydrolizatów o znacznym stopniu hydrolizy nie przyniosło efektu, a także w alergii na białko sojowe i w przypadkach, gdy wskazane jest zastosowanie mieszanki elementarnej zwyczajnej | | ryczałt | 4,50 |
| 7 | Dieta eliminacyjna mlekozastępcza | Humana SL, proszek | 650 g | 4031244002327 | 2021-11-01 | 3 lata | 217.1, Diety eliminacyjne mlekozastępcze początkowe przeznaczone dla niemowląt od urodzenia | 20,89 | 21,93 | 23,25 | 30,09 | 30,09 | Zespoły wrodzonych defektów metabolicznych, alergie pokarmowe i biegunki przewlekłe | | 30% | 9,03 |
| 8 | Dieta eliminacyjna mlekozastępcza | Neocate Junior (o smaku neutralnym), proszek | 400 g | 5016533616170 | 2022-11-01 | 3 lata | 217.9, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla dzieci > 1 r.ż. | 103,00 | 108,15 | 114,64 | 129,72 | 129,72 | Postępowanie dietetyczne u dzieci w wieku powyżej 1 roku życia w ciężkiej alergii na białka mleka krowiego oraz złożonej nietolerancji białek pokarmowych | | ryczałt | 3,20 |
| 9 | Dieta eliminacyjna mlekozastępcza | Neocate Junior (o smaku truskawkowym), proszek | 400 g | 5016533649970 | 2021-07-01 | 3 lata | 217.9, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla dzieci > 1 r.ż. | 103,80 | 108,99 | 115,53 | 130,61 | 129,72 | Postępowanie dietetyczne u dzieci w wieku powyżej 1 roku życia w ciężkiej alergii na białka mleka krowiego oraz złożonej nietolerancji białek pokarmowych | | ryczałt | 4,09 |
| 10 | Dieta eliminacyjna mlekozastępcza | Neocate Junior (o smaku waniliowym), proszek | 400 g | 5016533649956 | 2021-07-01 | 3 lata | 217.9, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla dzieci > 1 r.ż. | 103,80 | 108,99 | 115,53 | 130,61 | 129,72 | Postępowanie dietetyczne u dzieci w wieku powyżej 1 roku życia w ciężkiej alergii na białka mleka krowiego oraz złożonej nietolerancji białek pokarmowych | | ryczałt | 4,09 |
| 11 | Dieta eliminacyjna mlekozastępcza | Neocate LCP, proszek | 400 g | 5016533646740 | 2022-01-01 | 3 lata | 217.7, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla niemowląt | 125,50 | 131,78 | 139,68 | 156,01 | 156,01 | Postępowanie dietetyczne u niemowląt w ciężkiej alergii na białka mleka krowiego oraz złożonej nietolerancji białek pokarmowych | | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 12 | Dieta eliminacyjna mlekozastępcza | Neocate Syneo, proszek | 400 g | 5016533654677 | 2023-05-01 | 2 lata | 217.7, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla niemowląt | 128,00 | 134,40 | 142,46 | 158,52 | 150,00 | Postępowanie dietetyczne w ciężkiej alergii na białka mleka krowiego oraz złożonej nietolerancji białek pokarmowych u pacjentów do ukończenia 18 roku życia | | ryczałt | 11,72 |
| 13 | Dieta eliminacyjna mlekozastępcza | Nutramigen 1 LGG Complete, proszek do sporządzania roztworu | 400 g | 8712045038819 | 2022-11-01 | 2 lata | 217.8, Diety eliminacyjne mlekozastępcze - hydrolizaty białek mleka | 44,50 | 46,73 | 49,53 | 56,35 | 28,30 | Alergia na białka mleka krowiego (BMK), objawy alergii na BMK lub podejrzenie alergii na BMK ze względu na występujące objawy, jak również nietolerancja laktozy, nietolerancja sacharozy, a także nadwrażliwość na inne białka (np. białka sojowe) | | 30% | 36,54 |
| 14 | Dieta eliminacyjna mlekozastępcza | Nutramigen 2 LGG Complete, proszek do sporządzania roztworu | 400 g | 8712045038826 | 2022-11-01 | 2 lata | 217.8, Diety eliminacyjne mlekozastępcze - hydrolizaty białek mleka | 47,00 | 49,35 | 52,31 | 62,29 | 56,69 | Alergia na białka mleka krowiego (BMK), objawy alergii na BMK lub podejrzenie alergii na BMK ze względu na występujące objawy, jak również nietolerancja laktozy, nietolerancja sacharozy, a także nadwrażliwość na inne białka (np. białka sojowe) | | 30% | 22,61 |
| 15 | Dieta eliminacyjna mlekozastępcza | Nutramigen 3 LGG Complete, proszek do sporządzania roztworu | 400 g | 8712045038833 | 2022-11-01 | 2 lata | 217.8, Diety eliminacyjne mlekozastępcze - hydrolizaty białek mleka | 36,80 | 38,64 | 40,96 | 50,94 | 50,94 | Alergia na białka mleka krowiego (BMK), objawy alergii na BMK lub podejrzenie alergii na BMK ze względu na występujące objawy, jak również nietolerancja laktozy, nietolerancja sacharozy, a także nadwrażliwość na inne białka (np. białka sojowe) | | 30% | 15,28 |
| 16 | Dieta eliminacyjna mlekozastępcza | Nutramigen PURAMINO, proszek do przygotowania roztworu doustnego | 400 g | 8712045027554 | 2022-07-01 | 3 lata | 217.6, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla niemowląt i dzieci | 86,00 | 90,30 | 95,72 | 109,86 | 109,86 | Stosowanie dietetyczne u niemowląt od urodzenia i dzieci z ciężką postacią alergii na białko mleka krowiego oraz nietolerancją różnego rodzaju żywności, u których zastosowanie w postępowaniu dietetycznym hydrolizatów o znacznym stopniu hydrolizy nie przyniosło efektu, a także w alergii na białko sojowe i w przypadkach, gdy wskazane jest zastosowanie mieszanki elementarnej zwyczajnej | | ryczałt | 3,20 |
| 17 | Dieta eliminacyjna mlekozastępcza | Nutramigen Puramino Junior, proszek | 400 g | 8712045037201 | 2023-05-01 | 3 lata | 217.9, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla dzieci > 1 r.ż. | 100,92 | 105,97 | 112,33 | 127,60 | 127,60 | Postępowanie dietetyczne u dzieci w wieku powyżej 1 roku życia w ciężkiej alergii na białka mleka krowiego, w alergii wielopokarmowej i innych schorzeniach, w których wskazana jest dieta elementarna | | ryczałt | 3,20 |
| 18 | Dieta eliminacyjna w 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 |
| 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 20 | Dieta eliminacyjna w 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 | 2021-05-01 | 3 lata | 216.3, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii nieskondensowana, z długołańcuchowymi kwasami tłuszczowymi - przeznaczona dla niemowląt | 112,00 | 117,60 | 124,66 | 140,24 | 140,24 | 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 | 937,31 | Fenyloketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 61 | Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii | PKU Express 15 o smaku neutralnym, proszek, 15 g białka | 30 saszetek po 25 g | 5060385942345 | 2023-01-01 | 3 lata | 216.21, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży | 810,00 | 850,50 | 901,53 | 937,31 | 937,31 | Fenyloketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 62 | Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii | PKU Express 15 o smaku owoców tropikalnych, proszek, 15 g białka | 30 saszetek po 25 g | 5060385942383 | 2023-01-01 | 3 lata | 216.21, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży | 810,00 | 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** |
| 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 | 937,31 | Fenyloketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 64 | Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii | PKU Express 20 o smaku cytrynowym, proszek, 20 g białka | 30 saszetek po 34 g | 5060385942376 | 2023-01-01 | 3 lata | 216.21, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży | 1080,00 | 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 | 2021-07-01 | 3 lata | 216.22, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla dzieci od 6 m-ca z. do 10 r.z. | 500,00 | 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 | 2021-07-01 | 3 lata | 216.22, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla dzieci od 6 m-ca z. do 10 r.z. | 500,00 | 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 | 2021-07-01 | 3 lata | 216.22, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla dzieci od 6 m-ca z. do 10 r.z. | 500,00 | 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 | 2021-07-01 | 3 lata | 246.0, Dieta kompletna zawierająca TGF-beta 2 (transformujący czynnik wzrostu beta-2) w indukcji remisji u dzieci i młodzieży powyżej 5 roku życia z czynną postacią choroby Leśniowskiego-Crohna | 49,30 | 51,77 | 54,87 | 65,71 | 65,71 | Indukcja remisji u dzieci i młodzieży powyżej 5 roku życia z czynną postacią choroby Leśniowskiego-Crohna | | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych 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 | 2021-09-01 | 3 lata | 217.5, Dieta stosowana w mukowiscydozie | 41,50 | 43,58 | 46,19 | 56,16 | 56,16 | Mukowiscydoza | | ryczałt | 3,20 |
| 94 | Dieta wysokoenergetyczna | Fortimel Max o smaku waniliowym, płyn | 4 but.po 300 ml | 8716900553486 | 2021-09-01 | 3 lata | 217.5, Dieta stosowana w mukowiscydozie | 41,50 | 43,58 | 46,19 | 56,16 | 56,16 | Mukowiscydoza | | ryczałt | 3,20 |

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

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych 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, 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 |
| 12 | Emplastri alginatosa et hydrofibrica | Suprasorb A, opatrunek z alginianu wapnia, sterylny, 5x5 cm, opatrunek, 25 cm² | 1 szt. | 4021447013442 | 2022-01-01 | 3 lata | 261.1, Opatrunki do ran z wysiękiem - opatrunki alginianowe | 2,10 | 2,27 | 2,81 | 3,79 | 2,41 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 2,10 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 13 | 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 | 19,77 | 16,49 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 8,23 |
| 14 | 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 | 19,77 | 16,49 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 3,28 |
| 15 | 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 | 32,97 | 32,97 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 9,89 |
| 16 | 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 | 32,97 | 32,97 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 17 | 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 | 100,36 | 100,36 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 30,11 |
| 18 | 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 | 100,36 | 100,36 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 19 | Emplastri antimicrobiotica | Actisorb Plus 25 10,5x10,5 cm, opatrunek, 110.25 cm² | 1 szt. | 15051978002970 | 2022-01-01 | 3 lata | 265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem | 12,13 | 13,10 | 13,89 | 18,70 | 17,10 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 6,73 |
| 20 | Emplastri antimicrobiotica | Actisorb Plus 25 10,5x19 cm, opatrunek, 199.5 cm² | 1 szt. | 15051978002994 | 2022-01-01 | 3 lata | 265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem | 21,95 | 23,71 | 25,13 | 32,23 | 30,95 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 10,57 |
| 21 | 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** |
| 22 | 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 |
| 23 | 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 |
| 24 | 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 |
| 25 | 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 |
| 26 | 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 |
| 27 | 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 |
| 28 | 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** |
| 29 | Emplastri antimicrobiotica | Allevyn Ag Non Adhesive, opatrunek o rozmiarach 10cm x 10cm zawierający sulfadiazynę srebra, nie posiadający warstwy adhezyjnej, 100 cm² | 1 szt. | 5000223462314 | 2021-05-01 | 3 lata | 265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem | 10,45 | 11,29 | 11,97 | 16,10 | 13,33 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 6,77 |
| 30 | Emplastri antimicrobiotica | Allevyn Ag Non Adhesive, opatrunek o rozmiarach 10cm x 10cm zawierający sulfadiazynę srebra, nie posiadający warstwy adhezyjnej, 100 cm² | 1 szt. | 5000223462314 | 2021-05-01 | 3 lata | 265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem | 10,45 | 11,29 | 11,97 | 16,10 | 13,33 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 2,77 |
| 31 | 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 |
| 32 | 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 |
| 33 | 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 |
| 34 | 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 |
| 35 | 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 |
| 36 | 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** |
| 37 | 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 |
| 38 | 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 |
| 39 | Emplastri antimicrobiotica | Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 10x10 cm, opatrunek, 100 cm² | 1 szt. | 0768455123889 | 2022-03-01 | 3 lata | 265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem | 17,50 | 18,90 | 20,03 | 26,00 | 22,72 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 10,10 |
| 40 | 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 | 26,00 | 22,72 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 3,28 |
| 41 | Emplastri antimicrobiotica | Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 15x15 cm, opatrunek, 225 cm² | 1 szt. | 0768455123896 | 2022-03-01 | 3 lata | 265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem | 38,80 | 41,90 | 44,42 | 53,93 | 51,13 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 18,14 |
| 42 | 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 | 53,93 | 51,13 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 2,80 |
| 43 | Emplastri antimicrobiotica | Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 15x20 cm, opatrunek, 300 cm² | 1 szt. | 0768455129164 | 2022-03-01 | 3 lata | 265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem | 51,90 | 56,05 | 59,41 | 70,31 | 68,17 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 22,59 |
| 44 | 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 | 70,31 | 68,17 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 2,14 |

| 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** |
| 45 | Emplastri antimicrobiotica | Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 20x20 cm, opatrunek, 400 cm² | 1 szt. | 0768455123902 | 2022-03-01 | 3 lata | 265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem | 68,90 | 74,41 | 78,87 | 91,62 | 90,90 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 27,99 |
| 46 | 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 | 91,62 | 90,90 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,72 |
| 47 | Emplastri antimicrobiotica | Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 10x10 cm, opatrunek, 100 cm² | 1 szt. | 0768455127153 | 2022-03-01 | 3 lata | 265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem | 17,50 | 18,90 | 20,03 | 26,00 | 22,72 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 10,10 |
| 48 | 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 | 26,00 | 22,72 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 3,28 |
| 49 | Emplastri antimicrobiotica | Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm² | 1 szt. | 0768455123773 | 2022-03-01 | 3 lata | 265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem | 26,90 | 29,05 | 30,79 | 38,48 | 35,51 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 13,62 |
| 50 | 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 | 38,48 | 35,51 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 2,97 |
| 51 | Emplastri antimicrobiotica | Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm² | 1 szt. | 0768455123780 | 2022-03-01 | 3 lata | 265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem | 52,50 | 56,70 | 60,10 | 71,11 | 69,59 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 22,40 |
| 52 | 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 | 71,11 | 69,59 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 1,52 |
| 53 | Emplastri antimicrobiotica | Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 19,8x14 cm, opatrunek, 277.2 cm² | 1 szt. | 0768455123803 | 2022-03-01 | 3 lata | 265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem | 47,60 | 51,41 | 54,50 | 64,98 | 62,99 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 20,89 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 54 | 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 | 64,98 | 62,99 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 1,99 |
| 55 | Emplastri antimicrobiotica | Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 20x16,9 cm, opatrunek, 338 cm² | 1 szt. | 0768455123810 | 2022-03-01 | 3 lata | 265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem | 58,50 | 63,18 | 66,97 | 78,57 | 76,81 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 24,80 |
| 56 | 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 | 78,57 | 76,81 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 1,76 |
| 57 | Emplastri antimicrobiotica | Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 21x21 cm, opatrunek, 441 cm² | 1 szt. | 0768455123797 | 2022-03-01 | 3 lata | 265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem | 76,00 | 82,08 | 87,00 | 100,43 | 100,21 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 30,28 |
| 58 | 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 | 100,43 | 100,21 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,22 |
| 59 | Emplastri antimicrobiotica | Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 25x30 cm, opatrunek, 750 cm² | 1 szt. | 0768455129201 | 2022-03-01 | 3 lata | 265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem | 131,00 | 141,48 | 149,97 | 166,26 | 166,26 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 49,88 |
| 60 | 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 | 166,26 | 166,26 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 61 | 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 |
| 62 | 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 |
| 63 | 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** |
| 64 | 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 |
| 65 | 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 |
| 66 | 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 |
| 67 | 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 |
| 68 | Emplastri antimicrobiotica | Biatain Ag Adhesive 18x18 cm, przylepny opatrunek piankowy ze srebrem, 324 cm² | 1 szt. | 5708932861496 | 2021-05-01 | 3 lata | 265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem | 38,23 | 41,29 | 43,76 | 52,51 | 43,20 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 22,27 |
| 69 | 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 |
| 70 | Emplastri antimicrobiotica | Biatain Ag Adhesive Sacral 23x23 cm, przylepny opatrunek piankowy ze srebrem, na okolicę krzyżową, 529 cm² | 1 szt. | 5708932861489 | 2021-05-01 | 3 lata | 265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem | 63,05 | 68,09 | 72,18 | 83,41 | 70,54 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 34,03 |
| 71 | Emplastri antimicrobiotica | Biatain Ag Non Adhesive 10x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy ze srebrem, 200 cm² | 1 szt. | 5708932861519 | 2021-05-01 | 3 lata | 265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem | 23,05 | 24,89 | 26,38 | 33,07 | 26,67 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 14,40 |
| 72 | Emplastri antimicrobiotica | Biatain Ag Non Adhesive 10x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy ze srebrem, 200 cm² | 1 szt. | 5708932861519 | 2021-05-01 | 3 lata | 265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem | 23,05 | 24,89 | 26,38 | 33,07 | 26,67 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 6,40 |
| 73 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych 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 | Emplastri antimicrobiotica | Biatain Ag Non Adhesive 20x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy ze srebrem, 400 cm² | 1 szt. | 5708932861502 | 2021-05-01 | 3 lata | 265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem | 46,23 | 49,93 | 52,92 | 62,72 | 53,34 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 25,38 |
| 76 | Emplastri antimicrobiotica | Biatain Ag Non Adhesive 20x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy ze srebrem, 400 cm² | 1 szt. | 5708932861502 | 2021-05-01 | 3 lata | 265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem | 46,23 | 49,93 | 52,92 | 62,72 | 53,34 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 9,38 |
| 77 | 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 | 23,14 | 22,72 | Rany przewlekłe z równoczesnym ubytkiem tkankowym (tj. rany głębokie) z cechami infekcji, ze średnim i dużym wysiękiem o różnej etiologii | | 30% | 7,24 |
| 78 | 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 | 48,15 | 48,15 | Rany przewlekłe z równoczesnym ubytkiem tkankowym (tj. rany głębokie) z cechami infekcji, ze średnim i dużym wysiękiem o różnej etiologii | | 30% | 14,45 |
| 79 | 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 | 117,93 | 117,93 | Rany przewlekłe z równoczesnym ubytkiem tkankowym (tj. rany głębokie) z cechami infekcji, ze średnim i dużym wysiękiem o różnej etiologii | | 30% | 35,38 |
| 80 | 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 | 20,96 | 20,45 | Rany przewlekłe z równoczesnym ubytkiem tkankowym (tj. rany głębokie) z cechami infekcji, ze średnim i dużym wysiękiem o różnej etiologii | | 30% | 6,65 |
| 81 | 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 | 20,96 | 20,45 | Rany przewlekłe z równoczesnym ubytkiem tkankowym (tj. rany głębokie) z cechami infekcji, ze średnim i dużym wysiękiem o różnej etiologii | | 30% | 6,65 |
| 82 | 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 | 22,93 | 10,23 | Rany przewlekłe z równoczesnym ubytkiem tkankowym (tj. rany głębokie) z cechami infekcji, ze średnim i dużym wysiękiem o różnej etiologii | | 30% | 15,77 |
| 83 | 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 | 5,68 | Rany przewlekłe z równoczesnym ubytkiem tkankowym (tj. rany głębokie) z cechami infekcji, ze średnim i dużym wysiękiem o różnej etiologii | | 30% | 7,63 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych 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 | 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 |
| 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finanso-wania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 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. | 15051978002291 | 2021-11-01 | 3 lata | 265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem | 28,98 | 31,30 | 33,18 | 42,08 | 42,08 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 12,62 |
| 102 | Emplastri antimicrobiotica | Silvercel Hydro-Alginate 11x11 cm, opatrunek, 121 cm² | 1 szt. | 15051978002321 | 2021-11-01 | 3 lata | 265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem | 17,53 | 18,93 | 20,07 | 26,78 | 26,78 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 8,03 |
| 103 | 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, 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 |
| 105 | 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 | 24,77 | 22,72 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 8,87 |
| 106 | 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 | 67,29 | 67,29 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 20,19 |
| 107 | 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 | 9,60 | 8,18 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 3,87 |
| 108 | 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 | 27,83 | 27,27 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 8,74 |
| 109 | Emplastri antimicrobiotica | UrgoTul Ag/Silver 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm² | 1 szt. | 3546895518024 | <1>2022-07-01/<2>2021-07-01 | 3 lata | 265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem | 45,50 | 49,14 | 52,09 | 62,99 | 62,99 | <1>Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 18,90 |
| 110 | Emplastri antimicrobiotica | UrgoTul Ag/Silver 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm² | 1 szt. | 3546895518024 | <1>2022-07-01/<2>2021-07-01 | 3 lata | 265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem | 45,50 | 49,14 | 52,09 | 62,99 | 62,99 | <2>Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych 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 | 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 |
| 112 | Emplastri antimicrobiotica | Vliwaktiv Ag, opatrunek z węglem aktywowanym ze srebrem, chłonny, sterylny, 10x10 cm, opatrunek, 100 cm² | 1 szt. | 4021447309323 | 2022-01-01 | 3 lata | 265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem | 8,35 | 9,02 | 9,56 | 14,04 | 14,04 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,21 |
| 113 | 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 |
| 114 | Emplastri collagenosa | Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 10x10 cm, opatrunek, 100 cm² | 1 szt. | 0768455132027 | 2022-09-01 | 3 lata | 265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem | 16,20 | 17,50 | 18,54 | 24,51 | 22,72 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 8,61 |
| 115 | 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 | 24,51 | 22,72 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 1,79 |
| 116 | Emplastri collagenosa | Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 15x15 cm, opatrunek, 225 cm² | 1 szt. | 0768455132034 | 2022-09-01 | 3 lata | 265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem | 36,36 | 39,27 | 41,62 | 51,13 | 51,13 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 15,34 |
| 117 | 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 | 51,13 | 51,13 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 118 | Emplastri collagenosa | Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 20x30 cm, opatrunek, 600 cm² | 1 szt. | 0768455132041 | 2022-09-01 | 3 lata | 265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem | 99,00 | 106,92 | 113,34 | 128,24 | 128,24 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 38,47 |
| 119 | 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 | 128,24 | 128,24 | 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** |
| 120 | Emplastri collagenosa | Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 5x5 cm, opatrunek, 25 cm² | 1 szt. | 0768455132010 | 2022-09-01 | 3 lata | 265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem | 4,20 | 4,54 | 5,08 | 7,05 | 5,68 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 3,07 |
| 121 | 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 | 5,68 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 1,37 |
| 122 | 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 |
| 123 | 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 |
| 124 | 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 |
| 125 | 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 |
| 126 | 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 | 55,51 | 55,51 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 16,65 |
| 127 | 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 | 55,51 | 55,51 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 128 | 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 | 33,21 | 33,21 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 9,96 |
| 129 | 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 | 33,21 | 33,21 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 130 | 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 | 33,21 | 33,21 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 9,96 |
| 131 | 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 | 33,21 | 33,21 | 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** |
| 132 | Emplastri collagenosa | HydroClean plus 10x10 cm, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płucząco-absorpcyjnym i substancją antybakteryjną, 100 cm² | 1 szt. | 4049500890922 | 2022-07-01 | 3 lata | 263.1, Opatrunki do ran wymagających aktywnego oczyszczania – o działaniu płuczącym i absorpcyjnym | 51,55 | 55,67 | 59,01 | 70,26 | 70,26 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 21,08 |
| 133 | Emplastri collagenosa | HydroClean plus 10x10 cm, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płucząco-absorpcyjnym i substancją antybakteryjną, 100 cm² | 1 szt. | 4049500890922 | 2022-07-01 | 3 lata | 263.1, Opatrunki do ran wymagających aktywnego oczyszczania – o działaniu płuczącym i absorpcyjnym | 51,55 | 55,67 | 59,01 | 70,26 | 70,26 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 134 | Emplastri collagenosa | HydroClean plus 7,5x7,5 cm, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płucząco-absorpcyjnym i substancją antybakteryjną, 56.25 cm² | 1 szt. | 4049500890915 | 2022-07-01 | 3 lata | 263.1, Opatrunki do ran wymagających aktywnego oczyszczania – o działaniu płuczącym i absorpcyjnym | 29,00 | 31,32 | 33,20 | 41,53 | 39,52 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 13,87 |
| 135 | Emplastri collagenosa | HydroClean plus 7,5x7,5 cm, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płucząco-absorpcyjnym i substancją antybakteryjną, 56.25 cm² | 1 szt. | 4049500890915 | 2022-07-01 | 3 lata | 263.1, Opatrunki do ran wymagających aktywnego oczyszczania – o działaniu płuczącym i absorpcyjnym | 29,00 | 31,32 | 33,20 | 41,53 | 39,52 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 2,01 |
| 136 | Emplastri collagenosa | HydroClean plus cavity 7,5x7,5 cm, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płucząco-absorpcyjnym i substancją antybakteryjną, 56.25 cm² | 1 szt. | 4049500890946 | 2022-07-01 | 3 lata | 263.1, Opatrunki do ran wymagających aktywnego oczyszczania – o działaniu płuczącym i absorpcyjnym | 29,00 | 31,32 | 33,20 | 41,53 | 39,52 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 13,87 |
| 137 | Emplastri collagenosa | HydroClean plus cavity 7,5x7,5 cm, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płucząco-absorpcyjnym i substancją antybakteryjną, 56.25 cm² | 1 szt. | 4049500890946 | 2022-07-01 | 3 lata | 263.1, Opatrunki do ran wymagających aktywnego oczyszczania – o działaniu płuczącym i absorpcyjnym | 29,00 | 31,32 | 33,20 | 41,53 | 39,52 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 2,01 |
| 138 | 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 |
| 139 | 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 |
| 140 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 141 | 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 |
| 142 | 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 |
| 143 | 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 |
| 144 | Emplastri collagenosa | Mepilex Border Ag 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm² | 1 szt. | 7332551816421 | 2021-07-01 | 3 lata | 265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem | 26,10 | 28,19 | 29,88 | 36,13 | 24,24 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 19,16 |
| 145 | Emplastri collagenosa | Mepilex Border Ag 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm² | 1 szt. | 7332551816421 | 2021-07-01 | 3 lata | 265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem | 26,10 | 28,19 | 29,88 | 36,13 | 24,24 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 11,89 |
| 146 | Emplastri collagenosa | Mepilex Border Ag 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm² | 1 szt. | 7332551816483 | 2021-07-01 | 3 lata | 265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem | 51,05 | 55,13 | 58,44 | 67,55 | 47,51 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 34,29 |
| 147 | Emplastri collagenosa | Mepilex Border Ag 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm² | 1 szt. | 7332551816483 | 2021-07-01 | 3 lata | 265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem | 51,05 | 55,13 | 58,44 | 67,55 | 47,51 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 20,04 |
| 148 | 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 |
| 149 | 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 | 43,15 | 33,74 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 19,53 |
| 150 | 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 | 82,36 | 82,36 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 24,71 |
| 151 | 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 | 52,59 | 40,48 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 24,25 |
| 152 | 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 | 81,79 | 81,79 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 24,54 |
| 153 | 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 | 44,68 | 33,74 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 21,06 |

| 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 |
| 154 | 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 | 84,34 | 84,34 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 25,30 |
| 155 | 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 |
| 156 | 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 |
| 157 | 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 |
| 158 | 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 |
| 159 | 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 |
| 160 | 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 |
| 161 | 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 |
| 162 | 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 |
| 163 | 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 |
| 164 | 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 |
| 165 | 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 |
| 166 | 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** |
| 167 | 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 |
| 168 | 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 |
| 169 | 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 |
| 170 | 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 |
| 171 | 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 |
| 172 | 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 |
| 173 | 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 |
| 174 | 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 |
| 175 | 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 |
| 176 | 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 |
| 177 | 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 |
| 178 | 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** |
| 179 | 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 |
| 180 | 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 |
| 181 | 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 |
| 182 | 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 |
| 183 | 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 |
| 184 | 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 |
| 185 | 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 |
| 186 | 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 |
| 187 | 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 |
| 188 | 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** |
| 189 | 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 |
| 190 | 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 |
| 191 | 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 |
| 192 | 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 |
| 193 | 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 |
| 194 | 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 |
| 195 | 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 |
| 196 | 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 |
| 197 | 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 |
| 198 | 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 |
| 199 | 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 |
| 200 | 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 |
| 201 | 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** |
| 202 | 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 |
| 203 | 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 |
| 204 | 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 |
| 205 | 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 |
| 206 | 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 |
| 207 | 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 |
| 208 | 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 |
| 209 | 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 |
| 210 | 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 |
| 211 | 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 |
| 212 | 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 |
| 213 | 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 |
| 214 | 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 |
| 215 | 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** |
| 216 | 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 |
| 217 | 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 |
| 218 | 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 |
| 219 | 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 |
| 220 | Emplastri hydropolymerosa | Aspirox, opatrunek w żelu, 250 ml | 1 szt. | 4260199571248 | 2021-07-01 | 3 lata | 266.1, Opatrunki w postaci pasty, maści lub żelu - zawierające substancje przeciwdrobnoustrojowe | 56,00 | 60,48 | 64,11 | 75,99 | 75,99 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 22,80 |
| 221 | Emplastri hydropolymerosa | Aspirox, opatrunek w żelu, 250 ml | 1 szt. | 4260199571248 | 2021-07-01 | 3 lata | 266.1, Opatrunki w postaci pasty, maści lub żelu - zawierające substancje przeciwdrobnoustrojowe | 56,00 | 60,48 | 64,11 | 75,99 | 75,99 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 222 | 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 |
| 223 | 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 |
| 224 | 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 |
| 225 | 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 |
| 226 | 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 |
| 227 | 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 |
| 228 | Emplastri microfibricum cellulosae | Adaptic 12,7x22,9 cm, opatrunek, 290.83 cm² | 1 szt. | 15051978000174 | 2022-03-01 | 3 lata | 261.8, Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – siatkowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające dodatkowe właściwości funkcjonalne | 25,45 | 27,49 | 29,14 | 36,86 | 36,66 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 11,20 |
| 229 | Emplastri microfibricum cellulosae | Adaptic 12,7x22,9 cm, opatrunek, 290.83 cm² | 1 szt. | 15051978000174 | 2022-03-01 | 3 lata | 261.8, Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – siatkowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające dodatkowe właściwości funkcjonalne | 25,45 | 27,49 | 29,14 | 36,86 | 36,66 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,20 |
| 230 | Emplastri microfibricum cellulosae | Adaptic 7,6x40,6 cm, opatrunek, 308.56 cm² | 1 szt. | 15051978000167 | 2022-03-01 | 3 lata | 261.8, Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – siatkowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające dodatkowe właściwości funkcjonalne | 27,00 | 29,16 | 30,91 | 38,90 | 38,90 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 11,67 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 231 | Emplastri microfibricum cellulosae | Adaptic 7,6x40,6 cm, opatrunek, 308.56 cm² | 1 szt. | 15051978000167 | 2022-03-01 | 3 lata | 261.8, Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – siatkowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające dodatkowe właściwości funkcjonalne | 27,00 | 29,16 | 30,91 | 38,90 | 38,90 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 232 | 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 |
| 233 | 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 |
| 234 | 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 |
| 235 | 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 |
| 236 | 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 |
| 237 | 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 |
| 238 | 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 |
| 239 | 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 |
| 240 | 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 |
| 241 | 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** |
| 242 | 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 |
| 243 | 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 |
| 244 | 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 |
| 245 | 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 |
| 246 | 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 |
| 247 | 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 |
| 248 | 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 |
| 249 | 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 |
| 250 | 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** |
| 251 | 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 |
| 252 | 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 |
| 253 | 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 |
| 254 | 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 |
| 255 | 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 |
| 256 | 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 |
| 257 | 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** |
| 258 | 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 |
| 259 | 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 |
| 260 | 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 |
| 261 | 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 |
| 262 | 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** |
| 263 | 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 |
| 264 | 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 | 15,36 | 14,24 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 5,39 |
| 265 | 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 | 15,36 | 14,24 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 1,12 |
| 266 | 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 | 32,46 | 32,04 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 10,03 |
| 267 | 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 | 32,46 | 32,04 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,42 |
| 268 | 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 | 5,11 | 3,56 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 2,62 |
| 269 | 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 | 5,11 | 3,56 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 1,55 |
| 270 | Emplastri microfibricum cellulosae | Aquacel Foam 10x10 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 100 cm² | 1 szt. | 0768455123834 | 2021-05-01 | 3 lata | 261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna | 9,35 | 10,10 | 10,70 | 14,73 | 14,24 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,76 |
| 271 | Emplastri microfibricum cellulosae | Aquacel Foam 10x10 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 100 cm² | 1 szt. | 0768455123834 | 2021-05-01 | 3 lata | 261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna | 9,35 | 10,10 | 10,70 | 14,73 | 14,24 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,49 |
| 272 | Emplastri microfibricum cellulosae | Aquacel Foam 10x10 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 100 cm² | 1 szt. | 0768455127115 | 2021-05-01 | 3 lata | 261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna | 9,35 | 10,10 | 10,70 | 14,73 | 14,24 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,76 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 273 | Emplastri microfibricum cellulosae | Aquacel Foam 10x10 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 100 cm² | 1 szt. | 0768455127115 | 2021-05-01 | 3 lata | 261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna | 9,35 | 10,10 | 10,70 | 14,73 | 14,24 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,49 |
| 274 | Emplastri microfibricum cellulosae | Aquacel Foam 12,5x12,5 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 156.25 cm² | 1 szt. | 0768455123711 | 2021-05-01 | 3 lata | 261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna | 14,60 | 15,77 | 16,72 | 22,25 | 22,25 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 6,68 |
| 275 | Emplastri microfibricum cellulosae | Aquacel Foam 12,5x12,5 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 156.25 cm² | 1 szt. | 0768455123711 | 2021-05-01 | 3 lata | 261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna | 14,60 | 15,77 | 16,72 | 22,25 | 22,25 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 276 | Emplastri microfibricum cellulosae | Aquacel Foam 14x19,8 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 277.2 cm² | 1 szt. | 0768455123759 | 2021-05-01 | 3 lata | 261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna | 25,91 | 27,98 | 29,66 | 37,46 | 37,46 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 11,24 |
| 277 | Emplastri microfibricum cellulosae | Aquacel Foam 14x19,8 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 277.2 cm² | 1 szt. | 0768455123759 | 2021-05-01 | 3 lata | 261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna | 25,91 | 27,98 | 29,66 | 37,46 | 37,46 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 278 | Emplastri microfibricum cellulosae | Aquacel Foam 15x15 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 225 cm² | 1 szt. | 0768455123841 | 2021-05-01 | 3 lata | 261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna | 21,04 | 22,72 | 24,08 | 31,04 | 31,04 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 9,31 |
| 279 | Emplastri microfibricum cellulosae | Aquacel Foam 15x15 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 225 cm² | 1 szt. | 0768455123841 | 2021-05-01 | 3 lata | 261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna | 21,04 | 22,72 | 24,08 | 31,04 | 31,04 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 280 | Emplastri microfibricum cellulosae | Aquacel Foam 15x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 300 cm² | 1 szt. | 0768455123865 | 2021-05-01 | 3 lata | 261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna | 28,05 | 30,29 | 32,11 | 40,28 | 40,28 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 12,08 |
| 281 | Emplastri microfibricum cellulosae | Aquacel Foam 15x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 300 cm² | 1 szt. | 0768455123865 | 2021-05-01 | 3 lata | 261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna | 28,05 | 30,29 | 32,11 | 40,28 | 40,28 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 282 | Emplastri microfibricum cellulosae | Aquacel Foam 16,9x20 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 338 cm² | 1 szt. | 0768455123766 | 2021-05-01 | 3 lata | 261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna | 31,60 | 34,13 | 36,18 | 44,96 | 44,96 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 13,49 |
| 283 | Emplastri microfibricum cellulosae | Aquacel Foam 16,9x20 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 338 cm² | 1 szt. | 0768455123766 | 2021-05-01 | 3 lata | 261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna | 31,60 | 34,13 | 36,18 | 44,96 | 44,96 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 284 | Emplastri microfibricum cellulosae | Aquacel Foam 17,5x17,5 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 306.25 cm² | 1 szt. | 0768455123728 | 2021-05-01 | 3 lata | 261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna | 28,63 | 30,92 | 32,78 | 41,05 | 41,05 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 12,32 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych 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 | Emplastri microfibricum cellulosae | Aquacel Foam 17,5x17,5 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 306.25 cm² | 1 szt. | 0768455123728 | 2021-05-01 | 3 lata | 261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna | 28,63 | 30,92 | 32,78 | 41,05 | 41,05 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 286 | Emplastri microfibricum cellulosae | Aquacel Foam 20x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 400 cm² | 1 szt. | 0768455123858 | 2021-05-01 | 3 lata | 261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna | 37,17 | 40,14 | 42,55 | 52,18 | 52,18 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 15,65 |
| 287 | Emplastri microfibricum cellulosae | Aquacel Foam 20x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 400 cm² | 1 szt. | 0768455123858 | 2021-05-01 | 3 lata | 261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna | 37,17 | 40,14 | 42,55 | 52,18 | 52,18 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 288 | Emplastri microfibricum cellulosae | Aquacel Foam 21x21 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 441 cm² | 1 szt. | 0768455123735 | 2021-05-01 | 3 lata | 261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna | 41,23 | 44,53 | 47,20 | 57,27 | 57,27 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 17,18 |
| 289 | Emplastri microfibricum cellulosae | Aquacel Foam 21x21 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 441 cm² | 1 szt. | 0768455123735 | 2021-05-01 | 3 lata | 261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna | 41,23 | 44,53 | 47,20 | 57,27 | 57,27 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 290 | Emplastri microfibricum cellulosae | Aquacel Foam 25x30 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 750 cm² | 1 szt. | 0768455123742 | 2021-05-01 | 3 lata | 261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna | 70,12 | 75,73 | 80,28 | 93,64 | 93,64 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 28,09 |
| 291 | Emplastri microfibricum cellulosae | Aquacel Foam 25x30 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 750 cm² | 1 szt. | 0768455123742 | 2021-05-01 | 3 lata | 261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna | 70,12 | 75,73 | 80,28 | 93,64 | 93,64 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 292 | Emplastri microfibricum cellulosae | Biatain Adhesive 10x10 cm, samoprzylepny opatrunek piankowy, 100 cm² | 1 szt. | 5708932861557 | 2021-07-01 | 3 lata | 261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi | 9,19 | 9,93 | 10,52 | 12,48 | 5,94 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 8,32 |
| 293 | Emplastri microfibricum cellulosae | Biatain Adhesive 12,5x12,5 cm, samoprzylepny opatrunek piankowy, 156.25 cm² | 1 szt. | 5708932861571 | 2021-07-01 | 3 lata | 261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi | 14,32 | 15,47 | 16,39 | 19,25 | 9,28 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 12,75 |
| 294 | Emplastri microfibricum cellulosae | Biatain Adhesive 18x18 cm, samoprzylepny opatrunek piankowy, 324 cm² | 1 szt. | 5708932861564 | 2021-07-01 | 3 lata | 261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi | 29,74 | 32,12 | 34,04 | 39,11 | 19,25 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 25,64 |
| 295 | Emplastri microfibricum cellulosae | Biatain Adhesive 7,5x7,5 cm, samoprzylepny opatrunek piankowy, 56.25 cm² | 1 szt. | 5708932861540 | 2021-07-01 | 3 lata | 261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi | 5,28 | 5,70 | 6,24 | 7,49 | 3,34 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 5,15 |
| 296 | Emplastri microfibricum cellulosae | Biatain Adhesive Heel 19x20 cm, samoprzylepny opatrunek piankowy na piętę, 380 cm² | 1 szt. | 5708932861526 | 2021-07-01 | 3 lata | 261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi | 35,77 | 38,63 | 40,95 | 46,66 | 22,58 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 30,85 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 297 | Emplastri microfibricum cellulosae | Biatain Adhesive Sacral 23x23 cm, samoprzylepny opatrunek piankowy na okolicę krzyżową, 529 cm² | 1 szt. | 5708932861533 | 2021-07-01 | 3 lata | 261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi | 48,38 | 52,25 | 55,38 | 62,37 | 31,43 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 40,37 |
| 298 | 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 | 13,71 | 5,94 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 9,55 |
| 299 | 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 | 13,71 | 5,94 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 7,77 |
| 300 | 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 | 29,25 | 13,37 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 19,89 |
| 301 | 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 | 29,25 | 13,37 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 15,88 |
| 302 | 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 | 11,85 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 7,22 |
| 303 | 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 | 26,66 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 10,72 |
| 304 | Emplastri microfibricum cellulosae | Biatain Super Adhesive 20x20 cm, samoprzylepny opatrunek hydrokapilarny, 400 cm² | 1 szt. | 5708932861588 | 2021-07-01 | 3 lata | 262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu | 36,75 | 39,69 | 42,08 | 51,41 | 47,39 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 18,24 |
| 305 | 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 | 11,85 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 5,51 |
| 306 | 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 | 23,70 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 9,66 |
| 307 | 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 | 26,66 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 10,45 |
| 308 | 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 | 47,39 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 16,00 |

| 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** |
| 309 | 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 | 71,09 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 21,33 |
| 310 | 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 |
| 311 | 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 |
| 312 | 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 |
| 313 | 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 |
| 314 | 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 | 14,33 | 14,24 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,36 |
| 315 | 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 | 30,15 | 30,15 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 9,05 |
| 316 | 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 |
| 317 | 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 |
| 318 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 319 | 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 |
| 320 | 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 |
| 321 | 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 |
| 322 | 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 |
| 323 | 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 |
| 324 | Emplastri microfibricum cellulosae | Inadine 5x5 cm, opatrunek, 25 cm² | 1 szt. | 15051978004257 | 2022-01-01 | 3 lata | 264.3, Opatrunki niechłonne do ran zakażonych - siatkowe zawierające PVP-jod i glikol polietylenowy | 3,40 | 3,67 | 4,21 | 5,51 | 3,76 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 2,88 |
| 325 | Emplastri microfibricum cellulosae | Inadine 5x5 cm, opatrunek, 25 cm² | 1 szt. | 15051978004257 | 2022-01-01 | 3 lata | 264.3, Opatrunki niechłonne do ran zakażonych - siatkowe zawierające PVP-jod i glikol polietylenowy | 3,40 | 3,67 | 4,21 | 5,51 | 3,76 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 1,75 |
| 326 | Emplastri microfibricum cellulosae | Inadine 9,5x9,5 cm, opatrunek, 90.25 cm² | 1 szt. | 15051978004264 | 2022-01-01 | 3 lata | 264.3, Opatrunki niechłonne do ran zakażonych - siatkowe zawierające PVP-jod i glikol polietylenowy | 8,57 | 9,26 | 9,81 | 13,59 | 13,59 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,08 |
| 327 | Emplastri microfibricum cellulosae | Inadine 9,5x9,5 cm, opatrunek, 90.25 cm² | 1 szt. | 15051978004264 | 2022-01-01 | 3 lata | 264.3, Opatrunki niechłonne do ran zakażonych - siatkowe zawierające PVP-jod i glikol polietylenowy | 8,57 | 9,26 | 9,81 | 13,59 | 13,59 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 328 | 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 |
| 329 | 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 |
| 330 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 331 | 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 |
| 332 | 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 |
| 333 | 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 |
| 334 | 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 |
| 335 | 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 |
| 336 | 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 |
| 337 | 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 |
| 338 | 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 |
| 339 | 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 |
| 340 | 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 |
| 341 | 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 |
| 342 | 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 |
| 343 | 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 |
| 344 | 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 |
| 345 | 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 |
| 346 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych 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 | 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 |
| 348 | 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 |
| 349 | 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 |
| 350 | 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 |
| 351 | 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 |
| 352 | 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 |
| 353 | 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 |
| 354 | 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 |
| 355 | 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 |
| 356 | 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 |
| 357 | 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 |
| 358 | 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 |
| 359 | 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 |
| 360 | 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 |
| 361 | 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 |
| 362 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 363 | 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 |
| 364 | 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 |
| 365 | 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 |
| 366 | 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 | 11,85 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,19 |
| 367 | 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 | 17,77 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 5,53 |
| 368 | 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 | 23,50 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 7,05 |
| 369 | 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 |
| 370 | 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 |
| 371 | 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 |
| 372 | 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 |
| 373 | 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 |
| 374 | 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 |
| 375 | 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 |
| 376 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych 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 | 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 |
| 378 | 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 |
| 379 | 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 |
| 380 | 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 |
| 381 | 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 |
| 382 | 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 |
| 383 | 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 |
| 384 | 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 |
| 385 | 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 |
| 386 | 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 |
| 387 | 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 |
| 388 | 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 |
| 389 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 390 | 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 |
| 391 | 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 |
| 392 | 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 |
| 393 | 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 |
| 394 | 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 |
| 395 | 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 |
| 396 | 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 |
| 397 | 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 |
| 398 | 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 |
| 399 | 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 |
| 400 | 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 |
| 401 | 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 |
| 402 | 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 |
| 403 | 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 |
| 404 | 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 | 12,11 | 9,46 | Przewlekłe owrzodzenia | | 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** |
| 405 | 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 | 12,11 | 9,46 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 2,65 |
| 406 | Emplastri microfibricum cellulosae | Mextra Superabsorbent 10x10 cm, opatrunek specjalistyczny, 100 cm² | 1 szt. | 7323190179527 | 2021-09-01 | 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 | 11,85 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,73 |
| 407 | Emplastri microfibricum cellulosae | Mextra Superabsorbent 10x10 cm, opatrunek specjalistyczny, 100 cm² | 1 szt. | 7323190179527 | 2021-09-01 | 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 | 11,85 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 1,17 |
| 408 | 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 | 25,92 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 7,91 |
| 409 | 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 |
| 410 | 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 |
| 411 | 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 |
| 412 | 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 |
| 413 | 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 |
| 414 | 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 |
| 415 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 416 | 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 |
| 417 | 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 |
| 418 | 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 |
| 419 | 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 |
| 420 | 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 | 13,72 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,69 |
| 421 | 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 | 30,20 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 9,06 |
| 422 | 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 | 39,14 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 11,74 |
| 423 | 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 | 4,94 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 2,24 |
| 424 | 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 | 27,20 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 8,16 |
| 425 | 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 | 11,85 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,60 |
| 426 | 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 | 23,70 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 7,78 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 427 | 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 |
| 428 | 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 | 16,46 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,94 |
| 429 | 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 | 16,46 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 430 | 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 | 38,22 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 11,47 |
| 431 | 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 | 38,22 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 432 | 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 | 72,07 | 72,07 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 21,62 |
| 433 | 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 | 72,07 | 72,07 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 434 | 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 | 13,72 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,35 |
| 435 | 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 |
| 436 | 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 |
| 437 | 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 | 13,72 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,35 |
| 438 | 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 | 22,63 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 6,79 |
| 439 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 440 | 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 | 8,78 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 3,08 |
| 441 | 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 |
| 442 | 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 | 17,06 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 5,25 |
| 443 | 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 |
| 444 | 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 |
| 445 | 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 |
| 446 | 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 |
| 447 | 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 |
| 448 | 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 |
| 449 | 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 |
| 450 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 451 | 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 |
| 452 | 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 | 11,85 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 5,63 |
| 453 | 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 | 11,85 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 2,07 |
| 454 | 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 | 23,70 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 9,89 |
| 455 | 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 | 23,70 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 2,78 |
| 456 | 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 | 93,91 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 28,17 |
| 457 | 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 | 93,91 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 458 | 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 |
| 459 | 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 |
| 460 | 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 |
| 461 | 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 |
| 462 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 463 | 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 |
| 464 | 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 |
| 465 | 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 |
| 466 | 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 |
| 467 | 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 |
| 468 | 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 | 10,48 | 9,28 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 3,98 |
| 469 | 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 | 10,48 | 9,28 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 1,20 |

| 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** |
| 470 | 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 | 19,58 | 18,20 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 6,84 |
| 471 | 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 | 19,58 | 18,20 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 1,38 |
| 472 | 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 | 30,08 | 30,08 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 9,02 |
| 473 | 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 | 30,08 | 30,08 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 474 | 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 | 10,74 | 8,42 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,85 |
| 475 | 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 | 10,74 | 8,42 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 2,32 |
| 476 | 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 | 6,82 | 5,94 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 2,66 |
| 477 | 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 | 6,82 | 5,94 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,88 |

| 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** |
| 478 | 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 | 12,20 | 11,88 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 3,88 |
| 479 | 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 | 12,20 | 11,88 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,32 |
| 480 | 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 | 24,26 | 23,77 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 7,62 |
| 481 | 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 | 24,26 | 23,77 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,49 |
| 482 | 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 | 29,12 | 28,76 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 8,99 |
| 483 | 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 | 29,12 | 28,76 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,36 |
| 484 | 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 |
| 485 | 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 |
| 486 | 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 |
| 487 | 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 |
| 488 | 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 |
| 489 | 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 |
| 490 | 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 |
| 491 | 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 |
| 492 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 493 | 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 |
| 494 | 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 |
| 495 | 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 |
| 496 | Emplastri polyurethanum spumatum | Suprasorb P sensitive border 10x10 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 100 cm² | 1 szt. | 4056649683094 | 2023-09-01 | 3 lata | 261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową | 8,35 | 9,02 | 9,56 | 13,12 | 11,40 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 5,14 |
| 497 | 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 |
| 498 | 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 |
| 499 | 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 |
| 500 | Emplastri polyurethanum spumatum | Suprasorb P sensitive border 7,5x8,5 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 63.75 cm² | 1 szt. | 4056649683155 | 2023-09-01 | 3 lata | 261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową | 5,48 | 5,92 | 6,46 | 8,85 | 7,27 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 3,76 |
| 501 | 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 |
| 502 | 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 |
| 503 | Emplastri polyurethanum spumatum | Suprasorb P sensitive multisite 12x15 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 180 cm² | 1 szt. | 4056649917700 | 2023-09-01 | 3 lata | 261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową | 14,40 | 15,55 | 16,48 | 21,95 | 20,52 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 7,59 |
| 504 | Emplastri polyurethanum spumatum | Suprasorb P sensitive sacrum 17x17,5 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 297.5 cm² | 1 szt. | 4056649917663 | 2023-09-01 | 3 lata | 261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową | 25,00 | 27,00 | 28,62 | 36,06 | 33,91 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 12,32 |
| 505 | Igły do penów | BD Micro-Fine Plus 0,25x5 mm (31G), igły | 100 szt. | 0382903205189 | 2024-01-01 | 2 lata | 256.0, Igły do wstrzykiwaczy | 14,10 | 15,23 | 16,15 | 21,01 | 18,89 | Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta | | 30% | 7,79 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 506 | Igły do penów | BD Micro-Fine Plus 0,30x8 mm (30G), igły | 100 szt. | 0382903205172 | 2024-01-01 | 2 lata | 256.0, Igły do wstrzykiwaczy | 14,10 | 15,23 | 16,15 | 21,01 | 18,89 | Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta | | 30% | 7,79 |
| 507 | Igły do penów | Easydrip Classic 0,25x5 mm (31G), igły | 100 szt. | 6972857293000 | 2022-05-01 | 2 lata | 256.0, Igły do wstrzykiwaczy | 12,20 | 13,18 | 13,96 | 18,82 | 18,82 | Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta | | 30% | 5,65 |
| 508 | Igły do penów | Easydrip Classic 0,30x8 mm (30G), igły | 100 szt. | 6972857293017 | 2022-05-01 | 2 lata | 256.0, Igły do wstrzykiwaczy | 12,20 | 13,18 | 13,96 | 18,82 | 18,82 | Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta | | 30% | 5,65 |
| 509 | Igły do penów | Iglessy 0,23x4 mm (32G), igły | 100 szt. | 5907553012045 | 2022-05-01 | 2 lata | 256.0, Igły do wstrzykiwaczy | 12,25 | 13,23 | 14,03 | 18,89 | 18,89 | Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta | | 30% | 5,67 |
| 510 | Igły do penów | Iglessy 0,25x5 mm (31G), igły | 100 szt. | 5907553012021 | 2022-05-01 | 2 lata | 256.0, Igły do wstrzykiwaczy | 12,25 | 13,23 | 14,03 | 18,89 | 18,89 | Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta | | 30% | 5,67 |
| 511 | Igły do penów | Iglessy 0,25x6 mm (31G), igły | 100 szt. | 5907553012038 | 2022-05-01 | 2 lata | 256.0, Igły do wstrzykiwaczy | 12,25 | 13,23 | 14,03 | 18,89 | 18,89 | Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta | | 30% | 5,67 |
| 512 | Igły do penów | Iglessy 0,30x8 mm (30G), igły | 100 szt. | 5907553012014 | 2022-05-01 | 2 lata | 256.0, Igły do wstrzykiwaczy | 12,25 | 13,23 | 14,03 | 18,89 | 18,89 | Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta | | 30% | 5,67 |
| 513 | Igły do penów | PIC Insupen 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 |
| 514 | 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 |
| 515 | Opatrunki hydrożelowe oraz hydrożelowe złożone | Granugel - żel hydrokoloidowy, żel, 15 g | 15 g (tuba) | 0768455157266 | 2022-01-01 | 3 lata | 263.2, Opatrunki w postaci pasty lub żelu bez substancji przeciwdrobnoustrojowych | 7,30 | 7,88 | 8,42 | 11,72 | 11,72 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 3,52 |
| 516 | Opatrunki hydrożelowe oraz hydrożelowe złożone | Granugel - żel hydrokoloidowy, żel, 15 g | 15 g (tuba) | 0768455157266 | 2022-01-01 | 3 lata | 263.2, Opatrunki w postaci pasty lub żelu bez substancji przeciwdrobnoustrojowych | 7,30 | 7,88 | 8,42 | 11,72 | 11,72 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 517 | Paski do oznaczania glukozy i ciał ketonowych w moczu | Keto-Diastix, test paskowy | 50 szt. | 5016003288302 | 2022-01-01 | 3 lata | 219.1, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy i ciał ketonowych w moczu | 11,80 | 12,74 | 13,51 | 18,24 | 18,24 | Cukrzyca | | 30% | 5,47 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 518 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Abra, test paskowy | 50 pasków | 5907581253625 | 2022-07-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 27,30 | 29,48 | 31,26 | 39,27 | 39,09 | Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej | | ryczałt | 3,38 |
| 519 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Abra, test paskowy | 50 pasków | 5907581253625 | 2022-07-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 27,30 | 29,48 | 31,26 | 39,27 | 39,09 | Cukrzyca | | 30% | 11,91 |
| 520 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Accu-Chek Active, test paskowy | 50 pasków | 4015630056316 | 2022-03-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 27,40 | 29,59 | 31,36 | 39,37 | 39,09 | Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej | | ryczałt | 3,48 |
| 521 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Accu-Chek Active, test paskowy | 50 pasków | 4015630056316 | 2022-03-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 27,40 | 29,59 | 31,36 | 39,37 | 39,09 | Cukrzyca | | 30% | 12,01 |
| 522 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Accu-Chek Instant, test paskowy | 100 szt. | 4015630067732 | 2021-05-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 54,60 | 58,97 | 62,51 | 74,08 | 74,08 | Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej | | ryczałt | 6,40 |
| 523 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Accu-Chek Instant, test paskowy | 100 szt. | 4015630067732 | 2021-05-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 54,60 | 58,97 | 62,51 | 74,08 | 74,08 | Cukrzyca | | 30% | 22,22 |
| 524 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Accu-Chek Performa, test paskowy | 50 szt. | 4015630980987 | 2022-09-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 27,30 | 29,48 | 31,26 | 39,27 | 39,09 | Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej | | ryczałt | 3,38 |
| 525 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Accu-Chek Performa, test paskowy | 50 szt. | 4015630980987 | 2022-09-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 27,30 | 29,48 | 31,26 | 39,27 | 39,09 | Cukrzyca | | 30% | 11,91 |
| 526 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Cera-Chek 1 Code, test paskowy | 50 pasków | 8809242521845 | 2022-07-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 26,48 | 28,60 | 30,32 | 38,33 | 38,33 | Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej | | ryczałt | 3,20 |
| 527 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Cera-Chek 1 Code, test paskowy | 50 pasków | 8809242521845 | 2022-07-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 26,48 | 28,60 | 30,32 | 38,33 | 38,33 | Cukrzyca | | 30% | 11,50 |
| 528 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Contour Plus, test paskowy | 50 szt. | 5016003763403 | 2021-07-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 27,15 | 29,32 | 31,08 | 39,09 | 39,09 | Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej | | ryczałt | 3,20 |
| 529 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Contour Plus, test paskowy | 50 szt. | 5016003763403 | 2021-07-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 27,15 | 29,32 | 31,08 | 39,09 | 39,09 | Cukrzyca | | 30% | 11,73 |
| 530 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Contour TS paski testowe, test paskowy | 50 szt. | 5016003183904 | 2022-01-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 27,15 | 29,32 | 31,08 | 39,09 | 39,09 | Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej | | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 531 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Contour TS paski testowe, test paskowy | 50 szt. | 5016003183904 | 2022-01-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 27,15 | 29,32 | 31,08 | 39,09 | 39,09 | Cukrzyca | | 30% | 11,73 |
| 532 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Diagnostic Gold Strip, test paskowy | 50 szt. | 5906881862681 | 2022-01-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 27,50 | 29,70 | 31,48 | 39,49 | 39,09 | Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej | | ryczałt | 3,60 |
| 533 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Diagnostic Gold Strip, test paskowy | 50 szt. | 5906881862681 | 2022-01-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 27,50 | 29,70 | 31,48 | 39,49 | 39,09 | Cukrzyca | | 30% | 12,13 |
| 534 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | DIAVUE ToGo, test paskowy | 50 szt. | 4716022053035 | 2021-11-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 23,95 | 25,87 | 27,42 | 35,43 | 35,43 | Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej | | ryczałt | 3,20 |
| 535 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | DIAVUE ToGo, test paskowy | 50 szt. | 4716022053035 | 2021-11-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 23,95 | 25,87 | 27,42 | 35,43 | 35,43 | Cukrzyca | | 30% | 10,63 |
| 536 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Evercare, test paskowy | 50 pasków | 5904378480035 | 2022-03-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 26,90 | 29,05 | 30,79 | 38,80 | 38,80 | Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej | | ryczałt | 3,20 |
| 537 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Evercare, test paskowy | 50 pasków | 5904378480035 | 2022-03-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 26,90 | 29,05 | 30,79 | 38,80 | 38,80 | Cukrzyca | | 30% | 11,64 |
| 538 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Everchek, test paskowy | 50 szt. | 5904378480356 | 2022-01-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 26,00 | 28,08 | 29,76 | 37,77 | 37,77 | Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej | | ryczałt | 3,20 |
| 539 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Everchek, test paskowy | 50 szt. | 5904378480356 | 2022-01-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 26,00 | 28,08 | 29,76 | 37,77 | 37,77 | Cukrzyca | | 30% | 11,33 |
| 540 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Examedin® Fast, test paskowy | 50 szt. | 5902802701848 | 2023-09-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 26,30 | 28,40 | 30,11 | 38,12 | 38,12 | Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej | | ryczałt | 3,20 |
| 541 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Examedin® Fast, test paskowy | 50 szt. | 5902802701848 | 2023-09-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 26,30 | 28,40 | 30,11 | 38,12 | 38,12 | Cukrzyca | | 30% | 11,44 |
| 542 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | G-BIO, test paskowy | 50 szt. | 8800028000004 | 2022-09-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 25,80 | 27,86 | 29,54 | 37,55 | 37,55 | Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej | | ryczałt | 3,20 |
| 543 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | G-BIO, test paskowy | 50 szt. | 8800028000004 | 2022-09-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 25,80 | 27,86 | 29,54 | 37,55 | 37,55 | Cukrzyca | | 30% | 11,27 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 544 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | GensuCare, test paskowy | 50 szt. | 8809301161135 | 2024-04-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 26,90 | 29,05 | 30,79 | 38,80 | 38,80 | Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej | | ryczałt | 3,20 |
| 545 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | GensuCare, test paskowy | 50 szt. | 8809301161135 | 2024-04-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 26,90 | 29,05 | 30,79 | 38,80 | 38,80 | Cukrzyca | | 30% | 11,64 |
| 546 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Glucocard 01 Sensor, test paskowy | 50 szt. | 4987486785590 | 2022-01-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 26,77 | 28,91 | 30,65 | 38,66 | 38,66 | Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej | | ryczałt | 3,20 |
| 547 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Glucocard 01 Sensor, test paskowy | 50 szt. | 4987486785590 | 2022-01-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 26,77 | 28,91 | 30,65 | 38,66 | 38,66 | Cukrzyca | | 30% | 11,60 |
| 548 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | GLUCODR. AUTO A, test paskowy | 50 szt. | 8806128340125 | 2022-01-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 26,40 | 28,51 | 30,22 | 38,23 | 38,23 | Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej | | ryczałt | 3,20 |
| 549 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | GLUCODR. AUTO A, test paskowy | 50 szt. | 8806128340125 | 2022-01-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 26,40 | 28,51 | 30,22 | 38,23 | 38,23 | Cukrzyca | | 30% | 11,47 |
| 550 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Glucomaxx, test paskowy | 50 szt. | 5903111882327 | 2022-03-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 27,55 | 29,75 | 31,54 | 39,55 | 39,09 | Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej | | ryczałt | 3,66 |
| 551 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Glucomaxx, test paskowy | 50 szt. | 5903111882327 | 2022-03-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 27,55 | 29,75 | 31,54 | 39,55 | 39,09 | Cukrzyca | | 30% | 12,19 |
| 552 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Glucosense, test paskowy | 50 szt. | 5908222562274 | 2022-01-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 26,87 | 29,02 | 30,76 | 38,77 | 38,77 | Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej | | ryczałt | 3,20 |
| 553 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Glucosense, test paskowy | 50 szt. | 5908222562274 | 2022-01-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 26,87 | 29,02 | 30,76 | 38,77 | 38,77 | Cukrzyca | | 30% | 11,63 |
| 554 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Glucosure HT, test paskowy | 50 szt. | 4713648760811 | 2022-03-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 26,00 | 28,08 | 29,76 | 37,77 | 37,77 | Cukrzyca | | 30% | 11,33 |
| 555 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | iXell, test paskowy | 50 szt. | 5908222562632 | 2022-01-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 27,20 | 29,38 | 31,14 | 39,15 | 39,09 | Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej | | ryczałt | 3,26 |
| 556 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | iXell, test paskowy | 50 szt. | 5908222562632 | 2022-01-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 27,20 | 29,38 | 31,14 | 39,15 | 39,09 | Cukrzyca | | 30% | 11,79 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 557 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Multisure GK, test paskowy | 50 szt. | 4713648760507 | 2022-05-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 25,90 | 27,97 | 29,65 | 37,66 | 37,66 | Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej | | ryczałt | 3,20 |
| 558 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Multisure GK, test paskowy | 50 szt. | 4713648760507 | 2022-05-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 25,90 | 27,97 | 29,65 | 37,66 | 37,66 | Cukrzyca | | 30% | 11,30 |
| 559 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | OKmeter Core, test paskowy | 50 szt. | 4712803561836 | 2021-11-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 23,95 | 25,87 | 27,42 | 35,43 | 35,43 | Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej | | ryczałt | 3,20 |
| 560 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | OKmeter Core, test paskowy | 50 szt. | 4712803561836 | 2021-11-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 23,95 | 25,87 | 27,42 | 35,43 | 35,43 | Cukrzyca | | 30% | 10,63 |
| 561 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | One Touch Select Plus, test paskowy | 50 szt. | 7613427012759 | 2022-11-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 26,50 | 28,62 | 30,34 | 38,35 | 38,35 | Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej | | ryczałt | 3,20 |
| 562 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | One Touch Select Plus, test paskowy | 50 szt. | 7613427012759 | 2022-11-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 26,50 | 28,62 | 30,34 | 38,35 | 38,35 | Cukrzyca | | 30% | 11,51 |
| 563 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Optium Xido, test paskowy | 50 szt. | 5021791707249 | 2022-03-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 26,96 | 29,12 | 30,87 | 38,88 | 38,88 | Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej | | ryczałt | 3,20 |
| 564 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Optium Xido, test paskowy | 50 szt. | 5021791707249 | 2022-03-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 26,96 | 29,12 | 30,87 | 38,88 | 38,88 | Cukrzyca | | 30% | 11,66 |
| 565 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | VivaChek Ino, test paskowy | 50 szt. | 5907814464934 | 2022-09-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 26,48 | 28,60 | 30,32 | 38,33 | 38,33 | Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej | | ryczałt | 3,20 |
| 566 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | VivaChek Ino, test paskowy | 50 szt. | 5907814464934 | 2022-09-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 26,48 | 28,60 | 30,32 | 38,33 | 38,33 | Cukrzyca | | 30% | 11,50 |
| 567 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | VivaChek Ino, test paskowy | 50 szt. | 6970221762749 | 2024-01-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 26,48 | 28,60 | 30,32 | 38,33 | 38,33 | Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej | | ryczałt | 3,20 |
| 568 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | VivaChek Ino, test paskowy | 50 szt. | 6970221762749 | 2024-01-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 26,48 | 28,60 | 30,32 | 38,33 | 38,33 | Cukrzyca | | 30% | 11,50 |
| 569 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Wellion SymPhar, test paskowy | 50 szt. | 9120015788258 | 2021-07-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 25,00 | 27,00 | 28,62 | 36,63 | 36,63 | Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej | | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Cena detaliczna | Wysokość limitu finanso-wania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
| 570 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Wellion SymPhar, test paskowy | 50 szt. | 9120015788258 | 2021-07-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 25,00 | 27,00 | 28,62 | 36,63 | 36,63 | Cukrzyca | | 30% | 10,99 |

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

| 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 | 2022-09-01 | 2 lata | 1210.0, Abemacyklib | 11422,50 | 12336,30 | 13076,48 | 13076,48 | B.9.FM. | bezpłatny | 0 zł |
| 2 | Abemaciclibum | Verzenios, tabl. powl., 150 mg | 70 szt. | 05014602500993 | 2022-09-01 | 2 lata | 1210.0, Abemacyklib | 11422,50 | 12336,30 | 13076,48 | 13076,48 | B.9.FM. | bezpłatny | 0 zł |
| 3 | Abemaciclibum | Verzenios, tabl. powl., 50 mg | 70 szt. | 05014602500979 | 2022-09-01 | 2 lata | 1210.0, Abemacyklib | 11422,50 | 12336,30 | 13076,48 | 13076,48 | 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, kaps. twarde, 100 mg | 60 szt. | 05000456061698 | 2023-01-01 | 2 lata | 1166.1, Inhibitory kinazy tyrozynowej Brutona - akalabrutynib | 23000,00 | 24840,00 | 26330,40 | 26330,40 | B.79. | bezpłatny | 0 zł |
| 8 | Acalabrutinibum | Calquence, tabl. 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 |
| 9 | Acidum carglumicum | Carbaglu, tabletki do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg | 60 szt. | 05909990213894 | 2023-03-01 | 2 lata | 1271.0, Kwas karglуminowy | 17000,00 | 18360,00 | 19461,60 | 14023,80 | B.143. | bezpłatny | 0 zł |
| 10 | Acidum carglumicum | Ucedane, tabletki do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg | 60 szt. | 08718858150847 | 2023-11-01 | 2 lata | 1271.0, Kwas karglуminowy | 12250,00 | 13230,00 | 14023,80 | 14023,80 | B.143. | bezpłatny | 0 zł |
| 11 | Adalimumabum | Amgevita, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg | 1 amp.-strzyk. 0,4 ml | 08715131019761 | <1>2024-04-01/<2>2022-03-01 | <1>2 lata/<2>3 lata | 1050.1, blokery TNF - adalimumab | 418,57 | 452,06 | 479,17 | 274,75 | <1>B.33.; <2>B.47. | bezpłatny | 0 zł |
| 12 | Adalimumabum | Amgevita, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg | 2 amp.-strzyk. 0,8 ml | 08715131019808 | <1><2><3><4>2024-04-01/<5>2022-03-01 | <1><2><3><4>2 lata/<5>3 lata | 1050.1, blokery TNF - adalimumab | 1674,28 | 1808,22 | 1916,72 | 1099,01 | <1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47. | bezpłatny | 0 zł |
| 13 | Adalimumabum | Hyrimoz, roztwór do wstrzykiwań w 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 |
| 14 | Adalimumabum | Hyrimoz, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg | 2 wstrzykiwacze 0,8 ml | 07613421020880 | <1><2><3><4>2024-04-01/<5>2022-03-01 | <1><2><3><4>2 lata/<5>3 lata | 1050.1, blokery TNF - adalimumab | 1800,00 | 1944,00 | 2060,64 | 1099,01 | <1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47. | bezpłatny | 0 zł |
| 15 | Adalimumabum | Idacio, roztwór do wstrzykiwań w 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 |

| 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 | Idacio, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 40 mg | 2 wstrzykiwacze 0,8 ml + 2 gaziki | 04052682034220 | <1><2><3><4><5>2023-03-01/<6>2024-04-01 | <1><2><3><4><5>2 lata/<6>3 lata | 1050.1, blokery TNF - adalimumab | 1191,49 | 1286,81 | 1364,02 | 1099,01 | <1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.; <6>B.105. | bezpłatny | 0 zł |
| 17 | Adalimumabum | Yuflyma, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 40 mg | 1 wstrzykiwacz 0,4 ml + 2 gaziki z alkoholem | 05996537014243 | 2023-05-01 | 2 lata | 1050.1, blokery TNF - adalimumab | 599,00 | 646,92 | 685,74 | 549,51 | B.32.; B.33.; B.35.; B.36.; B.47. | bezpłatny | 0 zł |
| 18 | Adalimumabum | Yuflyma, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 40 mg | 2 wstrzykiwacze 0,4 ml + 2 gaziki z alkoholem | 05996537014250 | <1><2><3><4><5>2023-05-01/<6>2023-07-01 | 2 lata | 1050.1, blokery TNF - adalimumab | 960,00 | 1036,80 | 1099,01 | 1099,01 | <1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.; <6>B.105. | bezpłatny | 0 zł |
| 19 | Adalimumabum | Yuflyma, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 80 mg | 1 wstrzykiwacz 0,8 ml + 2 gaziki nasączone alkoholem | 05996537016087 | <1><2><3><4><5>2023-05-01/<6>2023-07-01 | 2 lata | 1050.1, blokery TNF - adalimumab | 960,00 | 1036,80 | 1099,01 | 1099,01 | <1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.; <6>B.105. | bezpłatny | 0 zł |
| 20 | Afatinibum | Giotrif, tabl. 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 |
| 21 | 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 |
| 22 | 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 |
| 23 | Aflibercept | Zaltrap, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml | 1 fiol. 4 ml | 05909991039400 | 2023-01-01 | 3 lata | 1164.0, Leki p-nowotworowe – aflibercept | 968,85 | 1046,36 | 1109,14 | 1109,14 | B.4. | bezpłatny | 0 zł |
| 24 | Aflibercept | Zaltrap, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml | 1 fiol. 8 ml | 05909991039462 | 2023-01-01 | 3 lata | 1164.0, Leki p-nowotworowe – aflibercept | 1937,70 | 2092,72 | 2218,28 | 2218,28 | B.4. | bezpłatny | 0 zł |
| 25 | Afliberceptum | Eylea, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml | 1 fiol.a 0,1 ml | 03837000137095 | 2022-11-01 | 2 lata | 1133.0, Aflibercept | 1950,00 | 2106,00 | 2232,36 | 2232,36 | B.70. | bezpłatny | 0 zł |
| 26 | Agalsidasum alfa | Replagal, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml | 1 fiol. 3,5 ml | 05909990999514 | 2023-09-01 | 3 lata | 1191.1, Agalzydaza alfa | 5500,00 | 5940,00 | 6296,40 | 6296,40 | B.104. | bezpłatny | 0 zł |
| 27 | Agalsidasum beta | Fabrazyme, proszek do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji, 35 mg | 1 fiol. | 05909990971213 | 2023-09-01 | 3 lata | 1191.2, Agalzydaza beta | 10531,77 | 11374,31 | 12056,77 | 12056,77 | B.104. | bezpłatny | 0 zł |
| 28 | Agalsidasum beta | Fabrazyme, proszek do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg | 1 fiol. | 05909990013654 | 2023-09-01 | 3 lata | 1191.2, Agalzydaza beta | 1504,55 | 1624,91 | 1722,41 | 1722,40 | B.104. | bezpłatny | 0 zł |
| 29 | Albutrepenonacogum alfa | Idelvion, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m. | 1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw do transferu | 05909991326180 | 2023-07-01 | 2 lata | 1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate | 7900,00 | 8532,00 | 9043,92 | 4453,28 | 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** |
| 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 |
| 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 | <1>2022-07-01/<2>2022-05-01 | 2 lata | 1153.0, Anakinra | 795,80 | 859,46 | 911,03 | 911,03 | <1>B.33; <2>B.86. | bezpłatny | 0 zł |
| 43 | Anifrolumabum | Saphnelo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg | 1 fiol. 2 ml | 05000456072700 | 2023-09-01 | 2 lata | 1284.0, Anifrolumab | 3940,00 | 4255,20 | 4510,51 | 4510,51 | B.150. | bezpłatny | 0 zł |
| 44 | Apalutamidum | Erleada, tabl. 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 | Ataluremum | Translarna, granulki do przygotowywania zawiesiny doustnej, 1000 mg | 30 sasz. | 05391528830510 | 2024-04-01 | 3 miesiące | 1239.0, Ataluren | 104516,48 | 112877,80 | 115037,80 | 115037,80 | B.130. | bezpłatny | 0 zł |
| 49 | Ataluremum | Translarna, granulki do przygotowywania zawiesiny doustnej, 125 mg | 30 sasz. | 05391528830497 | 2024-04-01 | 3 miesiące | 1239.0, Ataluren | 13064,56 | 14109,72 | 14956,30 | 14956,30 | B.130. | 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** |
| 50 | Atalurenum | Translarna, granulki do przygotowywania zawiesiny doustnej, 250 mg | 30 sasz. | 05391528830503 | 2024-04-01 | 3 miesiące | 1239.0, Ataluren | 26129,12 | 28219,45 | 29912,62 | 29912,60 | B.130. | bezpłatny | 0 zł |
| 51 | Atezolizumabum | Tecentriq, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1200 mg | 1 fiol.a 20 ml | 05902768001167 | <1>2022-05-01/<2>2023-09-01 | 2 lata | 1183.0, Atezolizumab | 16336,32 | 17643,23 | 18701,82 | 18701,82 | <1>B.5.; <2>B.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 52 | Atezolizumabum | Tecentriq, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 840 mg | 1 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 |
| 53 | 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 |
| 54 | 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 |
| 55 | 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 |
| 56 | 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 |
| 57 | 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 |
| 58 | Axicabtagene ciloleucel | Yescarta, dyspersja do infuzji, 0,4 x 10^8 – 2 x 10^8 komórek | 1 worek po 68 ml | 05909991438487 | 2022-05-01 | 2 lata | 1226.1, Aksykabtagen cyloleucel | 1303394,00 | 1407665,52 | 1409825,52 | 1409825,52 | B.12.FM. | bezpłatny | 0 zł |
| 59 | Axitinibum | Inlyta, tabl. powl., 1 mg | 56 szt. | 05909991004439 | 2022-09-01 | 2 lata | 1122.0, Aksytynib | 2274,75 | 2456,73 | 2604,14 | 2603,62 | B.10. | bezpłatny | 0 zł |
| 60 | Axitinibum | Inlyta, tabl. powl., 5 mg | 56 szt. | 05909991004460 | 2022-09-01 | 2 lata | 1122.0, Aksytynib | 11371,50 | 12281,22 | 13018,09 | 13018,09 | B.10. | bezpłatny | 0 zł |
| 61 | 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 |
| 62 | 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 |
| 63 | 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 |
| 64 | 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 |
| 65 | Bedaquilinum | Sirturo, tabl., 100 mg | 188 szt. | 05909991140984 | 2024-04-01 | 2 lata | 1249.0, Bedakilina | 50966,48 | 55043,80 | 57203,80 | 57203,80 | B.136.FM. | bezpłatny | 0 zł |
| 66 | Benralizumab | Fasenra, roztwór do wstrzykiwań, 30 mg | 1 amp.-strz. a 1 ml | 05000456031516 | 2022-05-01 | 2 lata | 1199.0, Benralizumab | 8605,67 | 9294,12 | 9851,77 | 9851,77 | B.44. | bezpłatny | 0 zł |
| 67 | Benralizumab | Fasenra, roztwór do wstrzykiwań, 30 mg | 1 wstrzykiwacz a 1 ml | 05000456059213 | 2022-05-01 | 2 lata | 1199.0, Benralizumab | 8605,67 | 9294,12 | 9851,77 | 9851,77 | B.44. | bezpłatny | 0 zł |

| 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** |
| 68 | Betainum anhydricum | Cystadane, proszek doustny, 1 g | 180 g | 03663502000441 | 2023-01-01 | 3 lata | 1084.0, Betaine anhydrous | 1600,00 | 1728,00 | 1831,68 | 1831,68 | B.21. | bezpłatny | 0 zł |
| 69 | Bevacizumabum | Alymsys, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml | 1 fiol.a 4 ml | 08436596260030 | <1><3>2021-09-01/<2><5>2023-09-01/<4>2022-11-01 | <1><3>3 lata/<2><4><5>2 lata | 1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab | 425,00 | 459,00 | 486,54 | 486,54 | <5>B.70. | bezpłatny | 0 zł |
| 70 | Bevacizumabum | Avastin, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/4 ml | 1 fiol.po 4 ml | 05909990010486 | <1>2023-05-01/<2>2022-07-01/<3>2022-05-01/<4>2023-07-01 | 2 lata | 1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab | 1085,00 | 1171,80 | 1242,11 | 486,54 | <4>B.70. | bezpłatny | 0 zł |
| 71 | Bevacizumabum | Mvasi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml | 1 fiol.a 4 ml | 08715131021863 | <1><3>2024-01-01/<2>2023-09-01/<4>2022-09-01/<5>2023-07-01 | 2 lata | 1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab | 501,35 | 541,46 | 573,94 | 486,54 | <5>B.70. | bezpłatny | 0 zł |
| 72 | Bevacizumabum | Oyavas, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml | 1 fiol.a 4 ml | 05909991451332 | <1><3>2022-03-01/<2><5>2024-04-01/<4>2023-01-01 | <1><3>3 lata/<2><4><5>2 lata | 1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab | 422,50 | 456,30 | 483,68 | 483,68 | <5>B.70. | bezpłatny | 0 zł |
| 73 | Bevacizumabum | Vegzelma, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml | 1 fiol.a 4 ml | 05996537008044 | 2023-07-01 | 2 lata | 1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab | 275,00 | 297,00 | 314,82 | 314,82 | <5>B.70. | bezpłatny | 0 zł |
| 74 | Bewacyzumab | Abevmy, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml | 1 fiol.a 4 ml | 05901797710972 | <1><3>2021-11-01/<2><5>2023-11-01/<4>2022-11-01 | <1><3>3 lata/<2><4><5>2 lata | 1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab | 420,00 | 453,60 | 480,82 | 480,82 | <5>B.70. | bezpłatny | 0 zł |
| 75 | Bexarotenum | Targretin, kaps. miękkie, 75 mg | 100 szt. | 05909990213504 | 2024-01-01 | 3 lata | 1129.0, Beksaroten | 3200,00 | 3456,00 | 3663,36 | 3663,36 | B.66. | bezpłatny | 0 zł |
| 76 | Bimekizumabum | Bimzelx, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 160 mg/ml | 2 wstrzykiwacze 1 ml | 05413787220618 | 2023-03-01 | 2 lata | 1273.0, Bimekizumab | 8222,43 | 8880,22 | 9413,04 | 9413,04 | B.47. | bezpłatny | 0 zł |
| 77 | Binimetinib | Mektovi, tabl. powl., 15 mg | 84 szt. | 03573994003922 | 2022-09-01 | 2 lata | 1214.0, Binimetynib | 9957,32 | 10753,91 | 11399,14 | 11399,14 | B.59. | bezpłatny | 0 zł |
| 78 | Blinatumomabum | Blincyto, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 38,5 µg | 1 fiol.prosz. + 1 fiol.roztw.stabilizującego 10ml | 05909991256371 | 2023-01-01 | 2 lata | 1188.0, Blinatumomab | 9245,21 | 9984,83 | 10583,91 | 10583,91 | B.65. | bezpłatny | 0 zł |
| 79 | Bosentanum | Bopaho, tabl. powl., 125 mg | 56 szt. | 05909991102869 | 2021-09-01 | 3 lata | 1056.0, Bosentan | 750,00 | 810,00 | 858,60 | 858,60 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 80 | Bosentanum | Bosentan Ranbaxy, tabl. 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 |
| 81 | Bosentanum | Bosentan Sandoz GmbH, tabl. powl., 125 mg | 56 szt. | 05907626708004 | 2021-09-01 | 3 lata | 1056.0, Bosentan | 1250,00 | 1350,00 | 1431,00 | 858,60 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 82 | Bosutinibum | Bosulif, tabl. 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 |
| 83 | 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 |
| 84 | Brentuximabum vedotinum | Adcetris, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 50 mg | 1 fiol. | 05909991004545 | <1>2023-01-01/<2>2024-01-01 | <1>1 rok 8 miesięcy/<2>9 miesięcy | 1142.0, Brentuksymab vedotin | 12000,00 | 12960,00 | 13737,60 | 13737,60 | <1>B.66; <2>B.77. | bezpłatny | 0 zł |
| 85 | Brexucabtagene autoleucel | Tecartus, dyspersja do infuzji, 0,4 x 10^8 – 2 x 10^8 komórek | 1 worek po 68 ml | 05909991460662 | 2023-09-01 | 2 lata | 1226.2, Breksukabtagen autoleucel | 1323000,00 | 1428840,00 | 1431000,00 | 1431000,00 | B.12.FM. | bezpłatny | 0 zł |
| 86 | 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 |
| 87 | 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** |
| 88 | 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 |
| 89 | 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 |
| 90 | Brolucizumabum | Beovu, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg/ml | 1 amp.-strzyk. 0,165 ml | 07613421034993 | 2024-01-01 | 2 lata | 1235.0, Brolucizumab | 2636,68 | 2847,61 | 3018,47 | 3018,47 | B.70. | bezpłatny | 0 zł |
| 91 | Burosumab | Crysvita, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg | 1 fiol. | 05038903003915 | 2023-11-01 | 2 lata | 1287.0, Burosumab | 12684,00 | 13698,72 | 14520,64 | 14520,64 | B.151. | bezpłatny | 0 zł |
| 92 | Burosumab | Crysvita, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg | 1 fiol. | 05038903003922 | 2023-11-01 | 2 lata | 1287.0, Burosumab | 25368,00 | 27397,44 | 29041,29 | 29041,28 | B.151. | bezpłatny | 0 zł |
| 93 | Burosumab | Crysvita, roztwór do wstrzykiwań, 30 mg | 1 fiol. | 05038903003939 | 2023-11-01 | 2 lata | 1287.0, Burosumab | 38052,00 | 41096,16 | 43256,16 | 43256,16 | B.151. | bezpłatny | 0 zł |
| 94 | Cabazitaxelum | Cabazitaxel Ever Pharma, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol. 4,5 ml | 05909991452742 | 2023-03-01 | 2 lata | 1274.0, Kabazytaksel | 5040,00 | 5443,20 | 5769,79 | 2594,69 | B.56. | bezpłatny | 0 zł |
| 95 | Cabazitaxelum | Cabazitaxel Ever Pharma, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol. 5 ml | 05909991452728 | 2023-03-01 | 2 lata | 1274.0, Kabazytaksel | 5600,00 | 6048,00 | 6410,88 | 2882,99 | B.56. | bezpłatny | 0 zł |
| 96 | Cabazitaxelum | Cabazitaxel Ever Pharma, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol. 6 ml | 05909991452735 | 2023-03-01 | 2 lata | 1274.0, Kabazytaksel | 6720,00 | 7257,60 | 7693,06 | 3459,59 | B.56. | bezpłatny | 0 zł |
| 97 | Cabazitaxelum | Eleber, koncentrat i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 60 mg | 1 fiol. 1,5 ml + 1 fiol. 4,5 ml rozp. | 08594739254732 | 2023-05-01 | 2 lata | 1274.0, Kabazytaksel | 3022,00 | 3263,76 | 3459,59 | 3459,59 | B.56. | bezpłatny | 0 zł |
| 98 | Cabozantinibum | Cabometyx, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 03582186003947 | <1>2023-05-01/<2>2022-05-01/<3>2024-01-01 | <1><2>2 lata/<3>6 miesięcy | 1175.0, Kabozantynib | 26160,00 | 28252,80 | 29947,97 | 14973,99 | <1>B.5.; <2>B.10.; <3>B.119. | bezpłatny | 0 zł |
| 99 | Cabozantinibum | Cabometyx, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 03582186003954 | <1>2023-05-01/<2>2022-05-01/<3>2024-01-01 | <1><2>2 lata/<3>6 miesięcy | 1175.0, Kabozantynib | 26160,00 | 28252,80 | 29947,97 | 29947,97 | <1>B.5.; <2>B.10.; <3>B.119. | bezpłatny | 0 zł |
| 100 | Cabozantinibum | Cabometyx, tabl. powl., 60 mg | 30 szt. | 03582186003961 | <1>2023-05-01/<2>2022-05-01/<3>2024-01-01 | <1><2>2 lata/<3>6 miesięcy | 1175.0, Kabozantynib | 26160,00 | 28252,80 | 29947,97 | 29947,97 | <1>B.5.; <2>B.10.; <3>B.119. | bezpłatny | 0 zł |
| 101 | Cannabidiolum | Epidyolex, roztwór doustny, 100 mg/ml | 1 but. 100 ml | 05055813900103 | 2024-01-01 | 2 lata | 1294.0, Kannabidiol | 4550,00 | 4914,00 | 5208,84 | 5208,84 | <1>B.153.; <2>B.154.FM. | bezpłatny | 0 zł |
| 102 | Carfilzomibum | Kyprolis, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg | 1 fiol. | 05909991298463 | 2023-07-01 | 2 lata | 1189.0, Karfilzomib | 674,33 | 728,28 | 771,97 | 771,97 | B.54. | bezpłatny | 0 zł |
| 103 | Carfilzomibum | Kyprolis, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 30 mg | 1 fiol. | 05909991298470 | 2023-07-01 | 2 lata | 1189.0, Karfilzomib | 2023,00 | 2184,84 | 2315,93 | 2315,91 | B.54. | bezpłatny | 0 zł |
| 104 | Carfilzomibum | Kyprolis, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 60 mg | 1 fiol. | 05909991256388 | 2023-07-01 | 2 lata | 1189.0, Karfilzomib | 4046,00 | 4369,68 | 4631,86 | 4631,82 | B.54. | bezpłatny | 0 zł |
| 105 | Cemiplimabum | Libtayo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 350 mg | 1 fiol. | 05909991408329 | <1>2023-01-01/<2>2023-05-01/<3>2023-11-01 | 2 lata | 1231.0, Cemiplimab | 17170,00 | 18543,60 | 19656,22 | 19656,22 | <1>B.6.; <2>B.88.; <3>B.125. | bezpłatny | 0 zł |

| 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** |
| 106 | Certolizumabum pegol | Cimzia, roztwór do wstrzykiwań w amp.-strz., 200 mg/ml | 2 amp.-strz. | 05909990734894 | <1><2><3>2023-09-01/<4>2023-01-01/<5>2021-09-01 | <1><2><3><4>2 lata/<5>3 lata | 1104.0, Certolizumab pegol | 2637,58 | 2848,59 | 3019,50 | 3019,50 | <1>B.33.;<2>B.35.;<3>B.36.;<4>B.47.;<5>B.82. | bezpłatny | 0 zł |
| 107 | Cetuximabum | 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>B.4.;<2>B.52. | bezpłatny | 0 zł |
| 108 | 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>B.4.;<2>B.52. | bezpłatny | 0 zł |
| 109 | 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 |
| 110 | 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 |
| 111 | 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 |
| 112 | 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 |
| 113 | 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 |
| 114 | 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 |
| 115 | Cinacalcetum | Mimpara, tabl. powl., 30 mg | 28 szt. | 05909990016297 | 2022-07-01 | 2 lata | 1058.0, Cinacalcet | 386,95 | 417,91 | 442,98 | 343,44 | B.39. | bezpłatny | 0 zł |
| 116 | Cinacalcetum | Mimpara, tabl. powl., 60 mg | 28 szt. | 05909990016341 | 2022-07-01 | 2 lata | 1058.0, Cinacalcet | 773,89 | 835,80 | 885,95 | 686,88 | B.39. | bezpłatny | 0 zł |
| 117 | Cinacalcetum | Mimpara, tabl. powl., 90 mg | 28 szt. | 05909990016389 | 2022-07-01 | 2 lata | 1058.0, Cinacalcet | 1160,84 | 1253,71 | 1328,93 | 1030,32 | B.39. | bezpłatny | 0 zł |
| 118 | Cladribinum | Mavenclad, tabl., 10 mg | 1 szt. | 04054839365331 | 2022-11-01 | 2 lata | 1200.0, Kladrybina | 8653,00 | 9345,24 | 9905,95 | 9905,95 | B.29. | bezpłatny | 0 zł |
| 119 | Cladribinum | Mavenclad, tabl., 10 mg | 4 szt. | 04054839365348 | 2022-11-01 | 2 lata | 1200.0, Kladrybina | 34612,00 | 37380,96 | 39540,96 | 39540,96 | B.29. | bezpłatny | 0 zł |
| 120 | Cladribinum | Mavenclad, tabl., 10 mg | 6 szt. | 04054839365355 | 2022-11-01 | 2 lata | 1200.0, Kladrybina | 51918,00 | 56071,44 | 58231,44 | 58231,44 | B.29. | bezpłatny | 0 zł |
| 121 | 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 |
| 122 | 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 |
| 123 | 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 |
| 124 | Dabrafenibum | Tafinlar, kaps. twarde, 50 mg | 120 szt. | 05909991078591 | 2023-01-01 | 1 rok 6 miesięcy | 1136.0, Inhibitory kinaz białkowych - dabrafenib | 16476,00 | 17794,08 | 18861,72 | 18861,69 | B.59. | bezpłatny | 0 zł |
| 125 | Dabrafenibum | Tafinlar, kaps. twarde, 50 mg | 28 szt. | 05909991078584 | 2023-01-01 | 1 rok 6 miesięcy | 1136.0, Inhibitory kinaz białkowych - dabrafenib | 3844,40 | 4151,95 | 4401,06 | 4401,06 | B.59. | bezpłatny | 0 zł |
| 126 | Dabrafenibum | Tafinlar, kaps. twarde, 75 mg | 120 szt. | 05909991078645 | 2023-01-01 | 1 rok 6 miesięcy | 1136.0, Inhibitory kinaz białkowych - dabrafenib | 24714,00 | 26691,12 | 28292,59 | 28292,53 | B.59. | bezpłatny | 0 zł |
| 127 | Dabrafenibum | Tafinlar, kaps. twarde, 75 mg | 28 szt. | 05909991078607 | 2023-01-01 | 1 rok 6 miesięcy | 1136.0, Inhibitory kinaz białkowych - dabrafenib | 5766,60 | 6227,93 | 6601,61 | 6601,59 | B.59. | bezpłatny | 0 zł |
| 128 | Daratumumabum | Darzalex, roztwór do wstrzykiwań, 1800 mg (120 mg/ml) | 1 fiol. 15 ml | 05413868119596 | <1>2024-01-01/<2>2023-07-01 | 2 lata | 1187.0, Daratumumab | 27113,80 | 29282,90 | 31039,88 | 31039,88 | <1>B.54.;<2>B.145. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Wysokość limitu finansowania | Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10) | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 129 | Daratumumabum | Darzalex, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fiol. 20 ml | 05909991275235 | 2023-01-01 | 2 lata | 1187.0, Daratumumab | 6342,41 | 6849,80 | 7260,79 | 7260,79 | B.54. | bezpłatny | 0 zł |
| 130 | Daratumumabum | Darzalex, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fiol. 5 ml | 05909991275228 | 2023-01-01 | 2 lata | 1187.0, Daratumumab | 1585,61 | 1712,46 | 1815,21 | 1815,20 | B.54. | bezpłatny | 0 zł |
| 131 | Darbepoetinum alfa | Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 20 µg/0,5 ml | 1 amp.-strz.po 0,5 ml | 05909990738779 | 2022-07-01 | 3 lata | 1043.1, czynniki stymulujące erytropoezę - darbepoetyna | 126,00 | 136,08 | 144,24 | 117,50 | B.37. | bezpłatny | 0 zł |
| 132 | Darbepoetinum alfa | Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 30 µg/0,3 ml | 1 amp.-strz.po 0,3 ml | 05909990738793 | 2022-07-01 | 3 lata | 1043.1, czynniki stymulujące erytropoezę - darbepoetyna | 189,00 | 204,12 | 216,37 | 176,25 | B.37. | bezpłatny | 0 zł |
| 133 | Darbepoetinum alfa | Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 40 µg/0,4 ml | 1 amp.-strz.po 0,4 ml | 05909990738847 | 2022-07-01 | 3 lata | 1043.1, czynniki stymulujące erytropoezę - darbepoetyna | 252,00 | 272,16 | 288,49 | 235,00 | B.37. | bezpłatny | 0 zł |
| 134 | Darbepoetinum alfa | Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 50 µg/0,5 ml | 1 amp.-strz.po 0,5 ml | 05909990738861 | 2022-07-01 | 3 lata | 1043.1, czynniki stymulujące erytropoezę - darbepoetyna | 315,00 | 340,20 | 360,61 | 293,74 | B.37. | bezpłatny | 0 zł |
| 135 | Darbepoetinum alfa | Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 60 µg/0,3 ml | 1 amp.-strz.po 0,3 ml | 05909990738885 | 2022-07-01 | 3 lata | 1043.1, czynniki stymulujące erytropoezę - darbepoetyna | 378,00 | 408,24 | 432,73 | 352,49 | B.37. | bezpłatny | 0 zł |
| 136 | Darolutamidum | Nubeqa, tabl. powl., 300 mg | 112 szt. | 05908229303337 | 2024-04-01 | 2 lata | 1241.0, Darolutamid | 12236,00 | 13214,88 | 14007,77 | 14007,77 | B.56. | bezpłatny | 0 zł |
| 137 | Denosumabum | Xgeva, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg | 3 fiol.po 1,7 ml | 05909990935024 | 2022-07-01 | 2 lata | 1137.0, Denosumabum | 3286,85 | 3549,80 | 3762,78 | 3762,78 | B.134. | bezpłatny | 0 zł |
| 138 | Dexamethasonum | Ozurdex, implant 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 |
| 139 | Dimethylis fumaras | Tecfidera, kaps. dojel. twarde, 120 mg | 14 szt. | 00646520415445 | 2022-09-01 | 2 lata | 1145.0, Fumaran dimetylu | 946,00 | 1021,68 | 1082,98 | 541,49 | B.29. | bezpłatny | 0 zł |
| 140 | Dimethylis fumaras | Tecfidera, kaps. dojel. twarde, 240 mg | 56 szt. | 00646520415452 | 2022-09-01 | 2 lata | 1145.0, Fumaran dimetylu | 3784,00 | 4086,72 | 4331,92 | 4331,92 | B.29. | bezpłatny | 0 zł |
| 141 | Dinutuximabum beta | Qarziba, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4,5 mg/ml | 1 fiol.po 4,5 ml | 05060146291736 | 2022-09-01 | 2 lata | 1208.0, Dinutuksymab beta | 36648,72 | 39580,62 | 41740,62 | 41740,62 | B.110. | bezpłatny | 0 zł |
| 142 | Dostarlimabum | Jemperli, roztwór do infuzji, 50 mg/ml | 1 fiol. 10 ml | 05909991449872 | 2023-09-01 | 2 lata | 1280.0, Dostarlimab | 24173,91 | 26107,82 | 27674,29 | 27674,29 | B.148. | bezpłatny | 0 zł |
| 143 | Dupilumabum | Dupixent, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg | 2 amp-strzyk. po 1,14 ml | 05909991404741 | <1>2022-05-01/<2>2022-11-01 | 2 lata | 1230.0, Dupilumab | 4523,08 | 4884,93 | 5178,02 | 5178,02 | <1>B.44.; <2>B.124. | bezpłatny | 0 zł |
| 144 | Dupilumabum | Dupixent, roztwór do wstrzykiwań, 300 mg | 2 amp.-strzyk. 2 ml z osłonką na igłę | 05909991341435 | <1>2022-05-01/<2>2022-11-01/<3>2024-04-01 | 2 lata | 1230.0, Dupilumab | 4523,08 | 4884,93 | 5178,02 | 5178,02 | <1>B.44.; <2>B.124.; <3>B.156. | bezpłatny | 0 zł |
| 145 | Dupilumabum | Dupixent, roztwór do wstrzykiwań, 300 mg | 2 wstrzyk. po 2 ml | 05909991490614 | 2024-04-01 | 2 lata | 1230.0, Dupilumab | 4523,08 | 4884,93 | 5178,02 | 5178,02 | B.156. | bezpłatny | 0 zł |
| 146 | Durvalumabum | Imfinzi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 50 mg/ml | 1 fiol.a 10 ml | 05000456031493 | 2023-03-01 | 2 lata | 1218.0, Durwalumab | 9100,00 | 9828,00 | 10417,68 | 10417,67 | B.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 147 | 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 |
| 148 | Eculizumabum | Bekemv, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg | 1 fiol. 30 ml | 08715131025755 | 2023-09-01 | 2 lata | 1171.0, Ekulizumab | 11560,60 | 12485,45 | 13234,58 | 13234,58 | B.96. | 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** |
| 149 | Eculizumabum | Soliris, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg | 1 fiol. 30 ml | 05909990643776 | <1>2023-11-01/<2>2024-04-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1171.0, Ekulizumab | 12750,75 | 13770,81 | 14597,06 | 13234,58 | <1>B.95.; <2>B.96. | bezpłatny | 0 zł |
| 150 | Efgartigimod alfa | Vyvgart, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 400 mg | 1 fiol. 20 ml | 04150179912881 | 2024-04-01 | 2 lata | 1297.0, Efgartigimod alfa | 33500,00 | 36180,00 | 38340,00 | 38340,00 | B.157. | bezpłatny | 0 zł |
| 151 | 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 | 2404,08 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 152 | 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 | 3606,12 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 153 | 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 | 4808,16 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 154 | 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 | 601,02 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 155 | 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 | 7212,24 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 156 | 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 | 1202,04 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 157 | Eftrenonacogum alpha | Alprolix, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 IU | 1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 5 ml + zestaw do podawania | 07350031441673 | 2023-09-01 | 2 lata | 1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate | 3890,00 | 4201,20 | 4453,27 | 4453,27 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 158 | Eftrenonacogum alpha | Alprolix, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 IU | 1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 5 ml + zestaw do podawania | 07350031441680 | 2023-09-01 | 2 lata | 1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate | 7780,00 | 8402,40 | 8906,54 | 8906,54 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 159 | Eftrenonacogum alpha | Alprolix, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 IU | 1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 5 ml + zestaw do podawania | 07350031441659 | 2023-09-01 | 2 lata | 1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate | 972,50 | 1050,30 | 1113,32 | 1113,32 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 160 | Eftrenonacogum alpha | Alprolix, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3000 IU | 1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 5 ml + zestaw do podawania | 07350031441697 | 2023-09-01 | 2 lata | 1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate | 11670,00 | 12603,60 | 13359,82 | 13359,82 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 161 | Eftrenonacogum alpha | Alprolix, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 IU | 1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 5 ml + zestaw do podawania | 07350031441666 | 2023-09-01 | 2 lata | 1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate | 1945,00 | 2100,60 | 2226,64 | 2226,64 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 162 | Elbasvirum + Grazoprevirum | Zepatier, tabl. powl., 50+100 mg | 28 szt. | 05901549325102 | 2021-05-01 | 3 lata | 1135.5, Leki przeciwwirusowe - elbaswir, grazoprewir | 39900,00 | 43092,00 | 45252,00 | 45252,00 | B.71. | bezpłatny | 0 zł |
| 163 | Eliglustatum | Cerdelga, kaps. twarde, 84 mg | 56 szt. | 05909991205942 | 2024-04-01 | 9 miesięcy | 1204.0, Eliglustat | 75235,18 | 81253,99 | 83413,99 | 83413,99 | B.23. | bezpłatny | 0 zł |
| 164 | Elotuzumabum | Empliciti, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 300 mg | 1 fiol. | 08027950032181 | 2023-01-01 | 2 lata | 1269.0, Elotuzumab | 5800,00 | 6264,00 | 6639,84 | 6639,84 | B.54. | bezpłatny | 0 zł |

| 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** |
| 165 | Elotuzumabum | Empliciti, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 400 mg | 1 fiol. | 08027950032198 | 2023-01-01 | 2 lata | 1269.0, Elotuzumab | 7733,33 | 8352,00 | 8853,12 | 8853,12 | B.54. | bezpłatny | 0 zł |
| 166 | Eltrombopagum | Revolade, tabl. 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 |
| 167 | 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 |
| 168 | Encorafenibum | Braftovi, kaps. twarde, 50 mg | 28 szt. | 03573994003939 | 2022-09-01 | 2 lata | 1213.0, Enkorafenib | 2706,67 | 2923,20 | 3098,60 | 2974,64 | B.59. | bezpłatny | 0 zł |
| 169 | Encorafenibum | Braftovi, kaps. twarde, 75 mg | 42 szt. | 03573994003946 | 2022-09-01 | 2 lata | 1213.0, Enkorafenib | 5846,39 | 6314,10 | 6692,94 | 6692,94 | B.59. | bezpłatny | 0 zł |
| 170 | Enfortumabum vedotini | Padcev, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 20 mg | 1 fiol. | 05909991487430 | 2023-11-01 | 2 lata | 1291.0, Enfortumab wedotyny | 2813,00 | 3038,04 | 3220,32 | 3220,32 | B.141.FM. | bezpłatny | 0 zł |
| 171 | Enfortumabum vedotini | Padcev, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 30 mg | 1 fiol. | 05909991487447 | 2023-11-01 | 2 lata | 1291.0, Enfortumab wedotyny | 4219,50 | 4557,06 | 4830,48 | 4830,48 | B.141.FM. | bezpłatny | 0 zł |
| 172 | Entecavirum | Entecavir Aurovitas, tabl. 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 |
| 173 | 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 |
| 174 | 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 |
| 175 | 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 |
| 176 | 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 |
| 177 | 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 |
| 178 | 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 |
| 179 | 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 |
| 180 | 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 |

| 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, 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 |
| 182 | Enzalutamidum | Xtandi, tabl. powl., 40 mg | 112 szt. | 05909991415242 | 2024-04-01 | 2 lata | 1168.0, Enzalutamid | 9234,00 | 9972,72 | 10571,08 | 10571,08 | B.56. | bezpłatny | 0 zł |
| 183 | Epoetinum alfa | Binocrit, roztwór do wstrzykiwań, 1000 j.m./0,5 ml | 6 amp.-strz.po 0,5 ml | 05909990072378 | 2022-01-01 | 3 lata | 1043.0, czynniki stymulujące erytropoezę | 150,00 | 162,00 | 171,72 | 137,38 | B.37. | bezpłatny | 0 zł |
| 184 | Epoetinum alfa | Binocrit, roztwór do wstrzykiwań, 2000 j.m./ml | 6 amp-strz.po 1 ml | 05909990072392 | 2022-01-01 | 3 lata | 1043.0, czynniki stymulujące erytropoezę | 300,00 | 324,00 | 343,44 | 274,75 | B.37. | bezpłatny | 0 zł |
| 185 | Epoetinum alfa | Binocrit, roztwór do wstrzykiwań, 3000 j.m./0,3 ml | 6 amp-strz.po 0,3 ml | 05909990072439 | 2022-01-01 | 3 lata | 1043.0, czynniki stymulujące erytropoezę | 450,00 | 486,00 | 515,16 | 412,13 | B.37. | bezpłatny | 0 zł |
| 186 | Epoetinum alfa | Binocrit, roztwór do wstrzykiwań, 4000 j.m./0,4 ml | 6 amp-strz.po 0,4 ml | 05909990072453 | 2022-01-01 | 3 lata | 1043.0, czynniki stymulujące erytropoezę | 600,00 | 648,00 | 686,88 | 549,50 | B.37. | bezpłatny | 0 zł |
| 187 | Epoprostenolum | Veletri, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 0,5 mg | 1 fiol. | 05909991089085 | 2023-11-01 | 3 lata | 1130.0, Epoprostenol | 87,30 | 94,28 | 99,94 | 99,94 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 188 | Epoprostenolum | Veletri, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 1,5 mg | 1 fiol. | 05909991089092 | 2023-11-01 | 3 lata | 1130.0, Epoprostenol | 261,90 | 282,85 | 299,82 | 299,82 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 189 | Erenumabum | Aimovig, roztwór do wstrzykiwań, 140 mg/ml | 1 wstrzykiwacz 1 ml | 07613421024604 | 2022-07-01 | 2 lata | 1245.0, Erenumab | 1827,82 | 1974,05 | 2092,49 | 2092,49 | B.133. | bezpłatny | 0 zł |
| 190 | Esketaminum | Spravato, aerozol do nosa, roztwór, 28 mg | 1 fiol. po 28 mg | 05413868117400 | 2023-07-01 | 2 lata | 1278.0, Esketamina | 836,72 | 903,66 | 957,87 | 957,87 | B.147. | bezpłatny | 0 zł |
| 191 | Etanerceptum | Enbrel, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań do stosowania u dzieci, 10 mg/ml | 4 fiol. + 4 amp.-strz.+ 4 igły + 4 nasadki na fiol. + 8 gazików | 05909990880881 | 2022-09-01 | 2 lata | 1050.21, blokery TNF - etanercept - 2 | 510,00 | 550,80 | 583,85 | 583,85 | B.33. | bezpłatny | 0 zł |
| 192 | Etanerceptum | Enbrel, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 25 mg/ml | 4 fiol. + 4 amp.-strz.+ 4 igły + 4 nasadki na fiol. + 8 gazików | 05909990777938 | <1><2><3>2022-09-01/<4>2021-11-01/<5>2023-01-01 | <1><2><3><5>2 lata/<4>3 lata | 1050.21, blokery TNF - etanercept - 2 | 1275,00 | 1377,00 | 1459,62 | 1459,62 | <1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.47.; <5>B.82. | bezpłatny | 0 zł |
| 193 | Etanerceptum | Enbrel, roztwór do wstrzykiwań w 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 |
| 194 | Etanerceptum | Enbrel, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 50 mg | 4 wstrz.po 1 ml + 4 gaziki z alkoholem | 05909990712755 | 2021-11-01 | 3 lata | 1050.2, blokery TNF - etanercept | 2550,00 | 2754,00 | 2919,24 | 2175,12 | B.47. | bezpłatny | 0 zł |
| 195 | Etanerceptum | Erelzi, roztwór do wstrzykiwań, 25 mg | 4 amp.-strzyk. 0,5 ml | 09002260025770 | <1><2><3>2023-11-01/<4>2022-11-01/<5>2023-01-01 | <1><2><3><5>2 lata/<4>3 lata | 1050.2, blokery TNF - etanercept | 950,00 | 1026,00 | 1087,56 | 1087,56 | <1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.47.; <5>B.82. | bezpłatny | 0 zł |
| 196 | Etanerceptum | Erelzi, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg | 4 amp.-strzyk. | 08712371016697 | 2023-05-01 | 2 lata | 1050.2, blokery TNF - etanercept | 1900,00 | 2052,00 | 2175,12 | 2175,12 | B.33.; B.35.; B.36.; B.47.; B.82. | bezpłatny | 0 zł |

| 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** |
| 197 | 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 |
| 198 | Etanerceptum | Erelzi, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 50 mg | 4 wstrzykiwacze 1 ml | 08712371016680 | 2023-05-01 | 2 lata | 1050.2, blokery TNF - etanercept | 1900,00 | 2052,00 | 2175,12 | 2175,12 | B.33.; B.35.; B.36.; B.47.; B.82. | bezpłatny | 0 zł |
| 199 | Etanerceptum | Erelzi, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg | 4 wstrzykiwacze 1 ml | 09002260025787 | <1><2><3>2023-11-01/<4>2022-11-01/<5>2023-01-01 | <1><2><3><5>2 lata/<4>3 lata | 1050.2, blokery TNF - etanercept | 1900,00 | 2052,00 | 2175,12 | 2175,12 | <1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.47.; <5>B.82. | bezpłatny | 0 zł |
| 200 | Everolimusum | Votubia, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990900602 | 2023-09-01 | 3 lata | 1086.1, Ewerolimus - 2 | 10125,00 | 10935,00 | 11591,10 | 11591,10 | B.89. | bezpłatny | 0 zł |
| 201 | Everolimusum | Votubia, tabl., 2,5 mg | 30 szt. | 05909990900565 | 2023-09-01 | 3 lata | 1086.1, Ewerolimus - 2 | 3637,50 | 3928,50 | 4164,21 | 4164,21 | B.89. | bezpłatny | 0 zł |
| 202 | Everolimusum | Votubia, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990900589 | 2023-09-01 | 3 lata | 1086.1, Ewerolimus - 2 | 7275,00 | 7857,00 | 8328,42 | 8328,42 | B.89. | bezpłatny | 0 zł |
| 203 | Evolocumabum | Repatha, roztwór do wstrzykiwań, 140 mg | 2 wstrzykiwacze | 05909991224370 | 2024-04-01 | 1 rok 3 miesiące | 1198.0, Ewolokumab | 1574,20 | 1700,14 | 1802,14 | 1802,14 | B.101. | bezpłatny | 0 zł |
| 204 | Factor IX coagulationis humanus | Immunine 1200 IU, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1200 j.m. | 1 zestaw: fiol. proszku + fiol. rozp. + zestaw do przenoszenia lub filtrowania + strzykawka + igła + zestaw do infuzji | 05909990645220 | 2022-07-01 | 3 lata | 1091.2, Factor IX coagulationis humanus | 1680,00 | 1814,40 | 1923,26 | 1923,26 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 205 | Factor IX coagulationis humanus | Immunine 600 IU, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 600 j.m. | 1 zestaw: fiol. proszku + fiol. rozp. + zestaw do przenoszenia lub filtrowania + strzykawka + igła + zestaw do infuzji | 05909990643110 | 2022-07-01 | 3 lata | 1091.2, Factor IX coagulationis humanus | 840,00 | 907,20 | 961,63 | 961,63 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 206 | Factor IX coagulationis humanus | Octanine F 1000 IU, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m. | 1 fiol. | 05909990799374 | 2022-07-01 | 3 lata | 1091.2, Factor IX coagulationis humanus | 1710,00 | 1846,80 | 1957,61 | 1602,72 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 207 | Factor IX coagulationis humanus | Octanine F 500 IU, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m. | 1 fiol. | 05909990799367 | 2022-07-01 | 3 lata | 1091.2, Factor IX coagulationis humanus | 855,00 | 923,40 | 978,80 | 801,36 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 208 | Factor VIII coagulationis humanus | Beriate 1000, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 1000 j.m. | 1 fiol.z prosz. + 1 fiol.z rozp.po 10 ml | 05909991213695 | 2022-11-01 | 3 lata | 1090.2, Factor VIII coagulationis humanus | 1710,00 | 1846,80 | 1957,61 | 1442,44 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 209 | Factor VIII coagulationis humanus | Beriate 500, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 500 j.m. | 1 fiol.z prosz. + 1 fiol.z rozp.po 5 ml | 05909991213688 | 2022-11-01 | 3 lata | 1090.2, Factor VIII coagulationis humanus | 855,00 | 923,40 | 978,80 | 721,22 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 210 | Factor VIII coagulationis humanus | Immunate 1000 IU FVIII/750 IU VWF, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m./fiol. | 1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw infuzyjny | 05909990573615 | 2022-07-01 | 3 lata | 1090.2, Factor VIII coagulationis humanus | 1260,00 | 1360,80 | 1442,45 | 1442,44 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |

| 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** |
| 211 | Factor VIII coagulationis humanus | Immunate 250 IU FVIII/190 IU VWF, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m./fiol. | 1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw infuzyjny | 05909990573554 | 2022-07-01 | 3 lata | 1090.2, Factor VIII coagulationis humanus | 315,00 | 340,20 | 360,61 | 360,61 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 212 | Factor VIII coagulationis humanus | Immunate 500 IU FVIII/375 IU VWF, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m./fiol. | 1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw infuzyjny | 05909990573561 | 2022-07-01 | 3 lata | 1090.2, Factor VIII coagulationis humanus | 630,00 | 680,40 | 721,22 | 721,22 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 213 | Factor VIII coagulationis humanus | Octanate 1 000 IU, proszek i rozpuszczalnik do 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 |
| 214 | 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 |
| 215 | 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 |
| 216 | Farycymab | Vabysmo, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg/ml | 1 fiol. 0,24 ml + 1 igła | 07613326050708 | 2024-01-01 | 2 lata | 1293.0, Farycymab | 3098,33 | 3346,20 | 3546,97 | 3546,97 | B.70. | bezpłatny | 0 zł |
| 217 | Fedratinibum | Inrebic, kaps. twarde, 100 mg | 120 szt. | 07640133688596 | 2022-07-01 | 2 lata | 1247.0, Fedratynib | 20257,50 | 21878,10 | 23190,79 | 23190,79 | B.81. | bezpłatny | 0 zł |
| 218 | Filgotinibum | Jyseleca, tabl. 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 |
| 219 | Fingolimodum | Gilenya, kaps. twarde, 0,5 mg | 28 szt. | 05909990856480 | 2022-11-01 | 2 lata | 1105.0, Fingolimod | 4714,87 | 5092,06 | 5397,58 | 5397,58 | B.29. | bezpłatny | 0 zł |
| 220 | Fremanezumabum | Ajovy, roztwór do wstrzykiwań, 225 mg | 1 amp.-strzyk. 1,5 ml | 05909991396497 | 2022-07-01 | 2 lata | 1246.0, Fremanezumab | 1750,00 | 1890,00 | 2003,40 | 2003,40 | B.133. | bezpłatny | 0 zł |
| 221 | Gemtuzumabum ozogamicinum | Mylotarg, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 5 mg | 1 fiol. | 05415062328576 | 2022-09-01 | 2 lata | 1251.0, Gemtuzumab ozogamycyny | 26000,00 | 28080,00 | 29764,80 | 29764,80 | B.114. | bezpłatny | 0 zł |
| 222 | Gilteritinibi fumaras | Xospata, tabl. powl., 40 mg | 84 szt. | 05909991426460 | 2022-09-01 | 2 lata | 1250.0, Gilterytynib | 84118,51 | 90847,99 | 93007,99 | 93007,99 | B.114. | bezpłatny | 0 zł |
| 223 | Givosiranum | Givlaari, roztwór do wstrzykiwań, 189 mg/ml | 1 fiol.po 1 ml | 08720165814046 | 2022-01-01 | 4 lata | 1237.0, Giwosyran | 159215,68 | 171952,93 | 174112,93 | 174112,93 | B.128.FM. | bezpłatny | 0 zł |
| 224 | Glatirameri acetas | Copaxone, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml | 28 amp-strzyk. | 05909990017065 | 2022-09-01 | 2 lata | 1061.0, Glatirameri acetas | 2750,00 | 2970,00 | 3148,20 | 2470,48 | B.29. | bezpłatny | 0 zł |
| 225 | 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 |
| 226 | 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 |
| 227 | Glatirameri acetas | Remurel, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 40 mg/ml | 12 amp.-strz.po 1 ml | 05909991353926 | 2022-09-01 | 2 lata | 1061.0, Glatirameri acetas | 1850,00 | 1998,00 | 2117,88 | 2117,55 | B.29. | bezpłatny | 0 zł |
| 228 | 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 |
| 229 | Glyceroli phenylbutyras | Ravicti, płyn doustny, 1,1 g/ml | 1 butelka 25 ml + 1 nasadka | 07350110580354 | 2022-11-01 | 2 lata | 1262.0, Fenylomaślan glicerolu | 717,40 | 774,79 | 821,28 | 821,28 | B.140. | bezpłatny | 0 zł |

| 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** |
| 230 | Golimumabum | Simponi, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg | 1 wstrzykiwacz | 05909990717187 | 2022-09-01 | 2 lata | 1050.4, blokery TNF - golimumab | 2567,25 | 2772,63 | 2938,99 | 2938,99 | B.33.; B.35.; B.36. | bezpłatny | 0 zł |
| 231 | Guselkumabum | Tremfya, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml | 1 amp.-strzyk.po 1 ml | 05413868113006 | 2023-03-01 | 2 lata | 1212.0, Guselkumab | 8379,00 | 9049,32 | 9592,28 | 9592,28 | B.47. | bezpłatny | 0 zł |
| 232 | Guselkumabum | Tremfya, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml | 1 wstrzykiwacz 1 ml | 05413868116687 | 2023-05-01 | 2 lata | 1212.0, Guselkumab | 8340,00 | 9007,20 | 9547,63 | 9547,63 | B.35. | bezpłatny | 0 zł |
| 233 | Ibrutinibum | Imbruvica, kaps. twarde, 140 mg | 120 szt. | 05909991195144 | 2023-05-01 | 2 lata | 1166.0, Inhibitory kinazy tyrozynowej Brutona - ibrutynib | 28800,00 | 31104,00 | 32970,24 | 32970,24 | B.12.FM. | bezpłatny | 0 zł |
| 234 | 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 |
| 235 | 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 |
| 236 | 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 |
| 237 | 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 |
| 238 | 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 |
| 239 | 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 |
| 240 | Iloprostum | Ventavis, roztwór do inhalacji z nebulizatora, 20 µg/ml | 42 amp. 1 ml | 05908229300633 | 2022-01-01 | 3 lata | 1063.0, Iloprost | 1667,82 | 1801,25 | 1909,32 | 1909,32 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 241 | Iloprostum | Ventavis , roztwór do inhalacji z nebulizatora, 10 µg/ml | 30 amp.po 1 ml | 05909990609079 | 2022-07-01 | 3 lata | 1063.0, Iloprost | 1250,00 | 1350,00 | 1431,00 | 1363,80 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 242 | Imiglucerasum | Cerezyme, proszek do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji, 400 j.m. | 1 fiol.po 10 ml | 05909990943012 | 2022-07-01 | 3 lata | 1065.0, Imiglucerasum | 5368,29 | 5797,75 | 6145,62 | 6145,62 | B.23. | bezpłatny | 0 zł |
| 243 | Imlifidasum | Idefirix, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 11 mg | 1 fiol. | 07350118290033 | 2022-09-01 | 2 lata | 1252.0, Imlifidaza | 678105,00 | 732353,40 | 734513,40 | 734513,40 | B.137.FM. | bezpłatny | 0 zł |
| 244 | Imlifidasum | Idefirix, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 11 mg | 2 fiol. | 07350118290040 | 2022-09-01 | 2 lata | 1252.0, Imlifidaza | 1356210,00 | 1464706,80 | 1466866,80 | 1466866,80 | B.137.FM. | bezpłatny | 0 zł |
| 245 | Immunoglobulinum humanum | Flebogamma DIF, roztwór do infuzji, 50 mg/ml | 1 fiol.po 100 ml | 05909990797868 | <1>2022-01-01/<2><3>2022-05-01 | 3 lata | 1066.0, Immunoglobulinum humanum | 1120,00 | 1209,60 | 1282,18 | 1282,18 | <1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 246 | Immunoglobulinum humanum | Flebogamma DIF, roztwór do infuzji, 50 mg/ml | 1 fiol.po 200 ml | 05909990797875 | <1>2022-07-01/<2><3>2022-05-01 | 3 lata | 1066.0, Immunoglobulinum humanum | 2240,00 | 2419,20 | 2564,35 | 2564,35 | <1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 247 | Immunoglobulinum humanum | Hizentra, roztwór do wstrzykiwań, 0,2 g/ml | 1 fiol.po 10 ml | 05909990869572 | <1>2022-01-01/<2>2022-07-01/<3>2022-09-01 | <1><2>3 lata/<3>2 lata | 1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum | 600,00 | 648,00 | 686,88 | 595,30 | <1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67. | bezpłatny | 0 zł |

| 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** |
| 248 | Immunoglobulinum humanum | Hizentra, roztwór do wstrzykiwań, 0,2 g/ml | 1 fiol.po 20 ml | 05909990869657 | <1>2022-01-01/<2>2022-07-01/<3>2022-09-01 | <1><2>3 lata/<3>2 lata | 1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum | 1200,00 | 1296,00 | 1373,76 | 1190,60 | <1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 249 | Immunoglobulinum humanum | Hizentra, roztwór do wstrzykiwań, 0,2 g/ml | 1 fiol.po 5 ml | 05909990869541 | <1>2022-01-01/<2>2022-07-01/<3>2022-09-01 | <1><2>3 lata/<3>2 lata | 1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum | 300,00 | 324,00 | 343,44 | 297,65 | <1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 250 | Immunoglobulinum humanum | Hizentra, roztwór do wstrzykiwań, 0,2 g/ml | 1 fiol.po 50 ml | 05909991067380 | <1>2022-07-01/<2>2022-09-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum | 3000,00 | 3240,00 | 3434,40 | 2976,50 | <1>B.62.; <2>B.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 251 | Immunoglobulinum humanum | Privigen, roztwór do infuzji, 100 mg/ml | 1 fiol.po 400 ml | 05909991078676 | <1>2021-11-01/<2>2022-03-01 | 3 lata | 1066.0, Immunoglobulinum humanum | 9000,00 | 9720,00 | 10303,20 | 10303,20 | <1>B.62.; <2>B.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 252 | Immunoglobulinum humanum normale | Cuvitru, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml | 1 fiol. 10 ml | 05909991292898 | <1>2022-11-01/<2>2023-11-01 | <1>3 lata/<2>2 lata 6 miesięcy | 1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum | 520,00 | 561,60 | 595,30 | 595,30 | <1>B.17.; <2>B.62. | bezpłatny | 0 zł |
| 253 | Immunoglobulinum humanum normale | Cuvitru, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml | 1 fiol. 20 ml | 05909991292874 | <1>2022-11-01/<2>2023-11-01 | <1>3 lata/<2>2 lata 6 miesięcy | 1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum | 1040,00 | 1123,20 | 1190,59 | 1190,59 | <1>B.17.; <2>B.62. | bezpłatny | 0 zł |
| 254 | Immunoglobulinum humanum normale | Cuvitru, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml | 1 fiol. 40 ml | 05909991292904 | <1>2022-11-01/<2>2023-11-01 | <1>3 lata/<2>2 lata 6 miesięcy | 1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum | 2080,00 | 2246,40 | 2381,18 | 2381,18 | <1>B.17.; <2>B.62. | bezpłatny | 0 zł |
| 255 | Immunoglobulinum humanum normale | Cuvitru, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml | 1 fiol. 5 ml | 05909991292881 | <1>2022-11-01/<2>2023-11-01 | <1>3 lata/<2>2 lata 6 miesięcy | 1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum | 260,00 | 280,80 | 297,65 | 297,65 | <1>B.17.; <2>B.62. | bezpłatny | 0 zł |
| 256 | Immunoglobulinum humanum normale | HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml | 1 fiol.po 100 ml | 05909991072896 | 2023-05-01 | 3 lata | 1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum | 3000,00 | 3240,00 | 3434,40 | 2976,50 | B.17.; B.62. | bezpłatny | 0 zł |
| 257 | Immunoglobulinum humanum normale | HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml | 1 fiol.po 200 ml | 05909991072902 | 2023-05-01 | 3 lata | 1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum | 6000,00 | 6480,00 | 6868,80 | 5953,00 | B.17.; B.62. | bezpłatny | 0 zł |
| 258 | Immunoglobulinum humanum normale | HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml | 1 fiol.po 25 ml | 05909991072872 | 2023-05-01 | 3 lata | 1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum | 750,00 | 810,00 | 858,60 | 744,13 | B.17.; B.62. | bezpłatny | 0 zł |
| 259 | Immunoglobulinum humanum normale | HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml | 1 fiol.po 300 ml | 05909991072926 | 2023-05-01 | 3 lata | 1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum | 9000,00 | 9720,00 | 10303,20 | 8929,50 | B.17.; B.62. | bezpłatny | 0 zł |
| 260 | Immunoglobulinum humanum normale | HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml | 1 fiol.po 50 ml | 05909991072889 | 2023-05-01 | 3 lata | 1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum | 1500,00 | 1620,00 | 1717,20 | 1488,25 | B.17.; B.62. | bezpłatny | 0 zł |
| 261 | Immunoglobulinum humanum normale | Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml | 1 fiol. 10 ml | 05909990425143 | <1>2022-01-01/<2>2021-09-01/<3>2022-03-01 | 3 lata | 1066.0, Immunoglobulinum humanum | 300,00 | 324,00 | 343,44 | 257,58 | <1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 262 | Immunoglobulinum humanum normale | Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml | 1 fiol. 100 ml | 05909990425174 | <1>2022-01-01/<2>2021-09-01/<3>2022-03-01 | 3 lata | 1066.0, Immunoglobulinum humanum | 3000,00 | 3240,00 | 3434,40 | 2575,80 | <1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 263 | Immunoglobulinum humanum normale | Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml | 1 fiol. 200 ml | 05909990425181 | <1>2022-01-01/<2>2021-09-01/<3>2022-03-01 | 3 lata | 1066.0, Immunoglobulinum humanum | 6000,00 | 6480,00 | 6868,80 | 5151,60 | <1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 264 | Immunoglobulinum humanum normale | Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml | 1 fiol. 25 ml | 05909990425150 | <1>2022-01-01/<2>2021-09-01/<3>2022-03-01 | 3 lata | 1066.0, Immunoglobulinum humanum | 750,00 | 810,00 | 858,60 | 643,95 | <1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 265 | Immunoglobulinum humanum normale | Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml | 1 fiol. 300 ml | 05909990782208 | <1>2022-01-01/<2>2021-09-01/<3>2022-03-01 | 3 lata | 1066.0, Immunoglobulinum humanum | 9000,00 | 9720,00 | 10303,20 | 7727,40 | <1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67. | bezpłatny | 0 zł |

| 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** |
| 266 | Immunoglobulinum humanum normale | Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml | 1 fiol. 50 ml | 05909990425167 | <1>2022-01-01/<2>2021-09-01/<3>2022-03-01 | 3 lata | 1066.0, Immunoglobulinum humanum | 1500,00 | 1620,00 | 1717,20 | 1287,90 | <1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 267 | Immunoglobulinum humanum normale (IgG) | Privigen, roztwór do infuzji, 100 mg/ml | 1 fiol.po 100 ml | 05909990725793 | <1>2022-01-01/<2>2021-11-01/<3>2022-03-01 | 3 lata | 1066.0, Immunoglobulinum humanum | 2250,00 | 2430,00 | 2575,80 | 2575,80 | <1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 268 | Immunoglobulinum humanum normale (IgG) | Privigen, roztwór do infuzji, 100 mg/ml | 1 fiol.po 200 ml | 05909990725809 | <1>2022-01-01/<2>2021-11-01/<3>2022-03-01 | 3 lata | 1066.0, Immunoglobulinum humanum | 6000,00 | 6480,00 | 6868,80 | 5151,60 | <1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 269 | Immunoglobulinum humanum normale (IgG) | Privigen, roztwór do infuzji, 100 mg/ml | 1 fiol.po 25 ml | 05909990725823 | <1>2022-01-01/<2>2021-11-01/<3>2022-03-01 | 3 lata | 1066.0, Immunoglobulinum humanum | 562,50 | 607,50 | 643,95 | 643,95 | <1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 270 | Immunoglobulinum humanum normale (IgG) | Privigen, roztwór do infuzji, 100 mg/ml | 1 fiol.po 50 ml | 05909990725786 | <1>2022-01-01/<2>2021-11-01/<3>2022-03-01 | 3 lata | 1066.0, Immunoglobulinum humanum | 1125,00 | 1215,00 | 1287,90 | 1287,90 | <1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 271 | Immunoglobulinum humanum normale ad usum intravenosum | Ig VENA, roztwór do infuzji, 50 g/l | 1 fiol.po 100 ml + zest. do infuzji | 05909990049875 | <1>2022-01-01/<2>2021-11-01/<3>2022-03-01 | 3 lata | 1066.0, Immunoglobulinum humanum | 1125,00 | 1215,00 | 1287,90 | 1287,90 | <1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 272 | Immunoglobulinum humanum normale ad usum intravenosum | Ig VENA, roztwór do infuzji, 50 g/l | 1 fiol.po 200 ml + zest. do infuzji | 05909990049882 | <1>2022-01-01/<2>2021-11-01/<3>2022-03-01 | 3 lata | 1066.0, Immunoglobulinum humanum | 2250,00 | 2430,00 | 2575,80 | 2575,80 | <1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 273 | Immunoglobulinum humanum normale ad usum intravenosum | Ig VENA, roztwór do infuzji, 50 g/l | 1 fiol.po 50 ml + zest. do infuzji | 05909990049851 | <1>2022-01-01/<2>2021-11-01/<3>2022-03-01 | 3 lata | 1066.0, Immunoglobulinum humanum | 562,50 | 607,50 | 643,95 | 643,95 | <1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 274 | Inclisiranum | Leqvio, roztwór do wstrzykiwań w 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 |
| 275 | Infliximabum | Flixabi, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg | 1 fiol. | 05713219492751 | <1>2021-05-01/<2><3><4><5><6>2022-05-01 | <1><5>3 lata/<2><3><4><6>2 lata | 1050.3, blokery TNF - infliksimab | 870,00 | 939,60 | 995,98 | 595,30 | <1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.; <6>B.55. | bezpłatny | 0 zł |
| 276 | Infliximabum | Remsima, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg | 1 fiol. | 05909991086305 | <1><6>2024-01-01/<2><3><4><5>2023-09-01 | 2 lata | 1050.3, blokery TNF - infliksimab | 520,00 | 561,60 | 595,30 | 595,30 | <1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.; <6>B.55. | bezpłatny | 0 zł |
| 277 | Infliximabum | Zessly, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg | 1 fiol. | 07613421020903 | <1><2><3><4><6>2024-04-01/<5>2022-03-01 | <1><2><3><4><6>2 lata/<5>3 lata | 1050.3, blokery TNF - infliksimab | 750,00 | 810,00 | 858,60 | 595,30 | <1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.; <6>B.55. | bezpłatny | 0 zł |

| 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** |
| 278 | Inotuzumabum ozogamicini | Besponsa, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 1 mg | 1 fiol. proszku | 05907636977193 | 2023-01-01 | 2 lata | 1219.0, Inotuzumab ozogamycyny | 39790,00 | 42973,20 | 45133,20 | 45133,20 | B.65. | bezpłatny | 0 zł |
| 279 | Interferon beta-1b | Betaferon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 300 µg | 15 zest. | 05909990619375 | 2022-11-01 | 2 lata | 1024.5, Interferonum beta 1b | 2146,00 | 2317,68 | 2456,74 | 2456,74 | B.29. | bezpłatny | 0 zł |
| 280 | Interferonum beta-1a | Avonex, roztwór do wstrzykiwań, 30 µg/0,5 ml | 4 amp.-strz. + 4 igły | 05909990008148 | 2022-09-01 | 2 lata | 1024.41, Interferonum beta 1a a 30 mcg | 2711,74 | 2928,68 | 3104,40 | 3104,40 | B.29. | bezpłatny | 0 zł |
| 281 | Interferonum beta-1a | Avonex, roztwór do wstrzykiwań, 30 µg/0,5 ml | 4 wstrz. | 05909991001407 | 2022-09-01 | 2 lata | 1024.41, Interferonum beta 1a a 30 mcg | 2711,74 | 2928,68 | 3104,40 | 3104,40 | B.29. | bezpłatny | 0 zł |
| 282 | Interferonum beta-1a | Rebif, roztwór do wstrzykiwań, 44 µg/0,5 ml | 12 amp.-strz.a 0,5 ml | 05909990874934 | 2022-09-01 | 2 lata | 1024.43, Interferonum beta 1a a 44 mcg | 3213,00 | 3470,04 | 3678,24 | 3678,24 | B.29. | bezpłatny | 0 zł |
| 283 | Interferonum beta-1a | Rebif, roztwór do wstrzykiwań, 44 µg/0,5 ml | 4 wkł.a 1,5 ml | 05909990728497 | 2022-09-01 | 2 lata | 1024.43, Interferonum beta 1a a 44 mcg | 3213,00 | 3470,04 | 3678,24 | 3678,24 | B.29. | bezpłatny | 0 zł |
| 284 | Ipilimumabum | Yervoy, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji (jałowy koncentrat), 5 mg/ml | 1 fiol.po 10 ml | 05909990872442 | <1>2023-03-01/<2>2023-01-01/<3>2022-05-01/<4><5>2023-09-01 | 2 lata | 1124.0, Ipilimumab | 12613,80 | 13622,90 | 14440,28 | 14162,90 | <1>B.4.; <2>B.6.; <3>B.10.; <4>B.58.; <5>B.59. | bezpłatny | 0 zł |
| 285 | Ipilimumabum | Yervoy, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji (jałowy koncentrat), 5 mg/ml | 1 fiol.po 40 ml | 05909990872459 | <1>2023-03-01/<2>2023-01-01/<3>2022-05-01/<4><5>2023-09-01 | 2 lata | 1124.0, Ipilimumab | 50455,19 | 54491,61 | 56651,61 | 56651,61 | <1>B.4.; <2>B.6.; <3>B.10.; <4>B.58.; <5>B.59. | bezpłatny | 0 zł |
| 286 | Isatuximabum | 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 |
| 287 | 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 |
| 288 | 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 |
| 289 | 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 |
| 290 | 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 |
| 291 | 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 |
| 292 | 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 |
| 293 | 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 |
| 294 | 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 |
| 295 | 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 |
| 296 | 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 |

| 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 + 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 |
| 298 | Ixazomibum | Ninlaro, kaps. twarde, 2,3 mg | 3 szt. | 03400930077696 | 2023-05-01 | 2 lata | 1222.0, Iksazomib | 16500,00 | 17820,00 | 18889,20 | 14481,72 | B.54. | bezpłatny | 0 zł |
| 299 | Ixazomibum | Ninlaro, kaps. twarde, 3 mg | 3 szt. | 03400930077719 | 2023-05-01 | 2 lata | 1222.0, Iksazomib | 16500,00 | 17820,00 | 18889,20 | 18889,20 | B.54. | bezpłatny | 0 zł |
| 300 | Ixazomibum | Ninlaro, kaps. twarde, 4 mg | 3 szt. | 03400930077726 | 2023-05-01 | 2 lata | 1222.0, Iksazomib | 16500,00 | 17820,00 | 18889,20 | 18889,20 | B.54. | bezpłatny | 0 zł |
| 301 | Ixekizumabum | Taltz, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/ml | 2 wstrzykiwacze 1 ml | 05909991282950 | <1>2023-01-01/<2><4>2022-07-01/<3>2022-11-01 | <1><2><4>2 lata/<3>3 lata | 1184.0, Iksekizumab | 8593,38 | 9280,85 | 9837,70 | 9837,70 | <1>B.35.; <2>B.36.; <3>B.47.; <4>B.82. | bezpłatny | 0 zł |
| 302 | Ketoanalogi aminokwasów | Ketosteril, tabl. 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 |
| 303 | 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 |
| 304 | 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 |
| 305 | Lanadelumabum | Takhzyro, roztwór do wstrzykiwań, 300 mg | 1 amp.-strzyk. | 00642621076103 | 2023-09-01 | 2 lata | 1228.0, Lanadelumab | 53918,00 | 58231,44 | 60391,44 | 60391,44 | B.122. | bezpłatny | 0 zł |
| 306 | Lanadelumabum | Takhzyro, roztwór do wstrzykiwań, 300 mg | 1 fiol. | 05060147027884 | 2023-09-01 | 2 lata | 1228.0, Lanadelumab | 53918,00 | 58231,44 | 60391,44 | 60391,44 | B.122. | bezpłatny | 0 zł |
| 307 | Lapatynibum | Brastib, tabl. powl., 250 mg | 140 szt. | 05909991507831 | 2024-01-01 | 2 lata | 1068.0, Lapatynib | 4000,00 | 4320,00 | 4579,20 | 4579,20 | B.9.FM. | bezpłatny | 0 zł |
| 308 | Lapatynibum | Brastib, tabl. powl., 250 mg | 70 szt. | 05909991507817 | 2024-01-01 | 2 lata | 1068.0, Lapatynib | 2000,00 | 2160,00 | 2289,60 | 2289,60 | B.9.FM. | bezpłatny | 0 zł |
| 309 | Lapatynibum | Tyverb, tabl. powl., 250 mg | 140 szt. | 05909990851973 | 2023-05-01 | 2 lata | 1068.0, Lapatynib | 5979,16 | 6457,49 | 6844,94 | 4579,20 | B.9.FM. | bezpłatny | 0 zł |
| 310 | Lapatynibum | Tyverb, tabl. powl., 250 mg | 70 szt. | 05909990851966 | 2023-05-01 | 2 lata | 1068.0, Lapatynib | 2989,58 | 3228,75 | 3422,47 | 2289,60 | B.9.FM. | bezpłatny | 0 zł |
| 311 | Laronidasum | Aldurazyme, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 j.m./ml | 1 fiol.po 5 ml | 05909990005673 | 2022-07-01 | 3 lata | 1069.0, Laronidasum | 2134,00 | 2304,72 | 2443,00 | 2443,00 | B.24. | bezpłatny | 0 zł |
| 312 | Larotrectinibum | 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 |
| 313 | 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 |
| 314 | 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 |
| 315 | 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 |
| 316 | Letermovir | Prevymis, tabl. powl., 240 mg | 28 szt. | 00191778018905 | 2022-07-01 | 2 lata | 1248.0, Letermowir | 18000,00 | 19440,00 | 20606,40 | 20606,40 | B.132. | bezpłatny | 0 zł |
| 317 | Letermovir | Prevymis, tabl. powl., 480 mg | 28 szt. | 00191778018899 | 2022-07-01 | 2 lata | 1248.0, Letermowir | 36000,00 | 38880,00 | 41040,00 | 41040,00 | B.132. | bezpłatny | 0 zł |
| 318 | Levodopum + Carbidopum | Duodopa, żel dojelitowy, 20+5 mg/ml | 1 szt. (7 kasetek po 100 ml) | 05909990419135 | 2021-05-01 | 3 lata | 1162.0, Lewodopa, karbidopa | 2568,08 | 2773,53 | 2939,93 | 2939,93 | B.90. | bezpłatny | 0 zł |
| 319 | Levofloxacinum | Quinsair, roztwór do nebulizacji, 240 mg | 56 amp. | 08025153003014 | 2023-11-01 | 1 rok 4 miesiące | 1234.0, Lewofloksacyna | 9950,00 | 10746,00 | 11390,76 | 11390,76 | B.27. | bezpłatny | 0 zł |
| 320 | L-karnityna | L-karnityna, proszek, 1 g | 50 sasz. | 05016533045017 | 2024-04-01 | 3 lata | 1205.0, L-Karnityna | 1920,08 | 2016,08 | 2137,04 | 2137,04 | B.109. | bezpłatny | 0 zł |
| 321 | Lomitapidum | Lojuxta, kaps. twarde, 10 mg | 28 szt. | 05397203001220 | 2023-09-01 | 2 lata | 1281.0, Lomitapid | 96186,00 | 103880,88 | 106040,88 | 106040,88 | B.101. | bezpłatny | 0 zł |

| 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 | Lomitapidum | Lojuxta, kaps. twarde, 20 mg | 28 szt. | 05397203001237 | 2023-09-01 | 2 lata | 1281.0, Lomitapid | 96186,00 | 103880,88 | 106040,88 | 106040,88 | B.101. | bezpłatny | 0 zł |
| 323 | Lomitapidum | Lojuxta, kaps. twarde, 5 mg | 28 szt. | 05397203001213 | 2023-09-01 | 2 lata | 1281.0, Lomitapid | 96186,00 | 103880,88 | 106040,88 | 53020,44 | B.101. | bezpłatny | 0 zł |
| 324 | Lonoctocog alfa | Afstyla, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m. | 1 fiol. proszku + 1 fiol rozp. + zestaw do podawania | 05909991326111 | 2022-09-01 | 2 lata | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate | 2100,00 | 2268,00 | 2404,08 | 2404,08 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 325 | Lonoctocog alfa | Afstyla, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 j.m. | 1 fiol. proszku + 1 fiol rozp. + zestaw do podawania | 05909991326128 | 2022-09-01 | 2 lata | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate | 3150,00 | 3402,00 | 3606,12 | 3606,12 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 326 | Lonoctocog alfa | Afstyla, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m. | 1 fiol. proszku + 1 fiol rozp. + zestaw do podawania | 05909991326135 | 2022-09-01 | 2 lata | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate | 4200,00 | 4536,00 | 4808,16 | 4808,16 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 327 | Lonoctocog alfa | Afstyla, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m. | 1 fiol. proszku + 1 fiol rozp. + zestaw do podawania | 05909991326098 | 2022-09-01 | 2 lata | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate | 525,00 | 567,00 | 601,02 | 601,02 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 328 | Lonoctocog alfa | Afstyla, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2500 j.m. | 1 fiol. proszku + 1 fiol rozp. + zestaw do podawania | 05909991326142 | 2022-09-01 | 2 lata | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate | 5250,00 | 5670,00 | 6010,20 | 6010,20 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 329 | Lonoctocog alfa | Afstyla, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3000 j.m. | 1 fiol. proszku + 1 fiol rozp. + zestaw do podawania | 05909991326159 | 2022-09-01 | 2 lata | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate | 6300,00 | 6804,00 | 7212,24 | 7212,24 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 330 | Lonoctocog alfa | Afstyla, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m. | 1 fiol. proszku + 1 fiol rozp. + zestaw do podawania | 05909991326104 | 2022-09-01 | 2 lata | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate | 1050,00 | 1134,00 | 1202,04 | 1202,04 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 331 | 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 |
| 332 | 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 |
| 333 | Lumasiranum | Oxlumo, roztwór do wstrzyknięć podskórnych, 94,5 mg/0,5ml | 1 fiol. 0,5 ml | 08720165814138 | 2022-03-01 | 4 lata | 1238.0, Lumazyran | 306870,45 | 331420,09 | 333580,09 | 333580,09 | B.129.FM. | bezpłatny | 0 zł |
| 334 | Luspaterceptum | Reblozyl, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 25 mg | 1 fiol. | 07640133688244 | 2023-01-01 | 2 lata | 1043.3, czynniki stymulujące erytropoezę - luspatercept | 6577,10 | 7103,27 | 7529,47 | 7529,47 | B.142. | bezpłatny | 0 zł |
| 335 | Luspaterceptum | Reblozyl, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 75 mg | 1 fiol. | 07640133688251 | 2023-01-01 | 2 lata | 1043.3, czynniki stymulujące erytropoezę - luspatercept | 19731,30 | 21309,80 | 22588,39 | 22588,39 | B.142. | bezpłatny | 0 zł |
| 336 | Lutetium (177Lu) oxodotreotidi | Lutathera, roztwór do infuzji, 370 MBq/ml | 1 fiol. 20,5 - 25 ml | 05909991350963 | 2022-11-01 | 2 lata | 1170.1, Oksodotreotyd lutetu Lu-177 | 85000,00 | 91800,00 | 93960,00 | 93960,00 | B.139. | bezpłatny | 0 zł |
| 337 | Macitentanum | Opsumit, tabl. 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 |
| 338 | Mecaserminum | Increlex, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml | 1 fiol.po 4 ml | 05909990076024 | 2023-09-01 | 3 lata | 1071.0, Mecasermine | 2467,53 | 2664,93 | 2824,83 | 2824,83 | B.20. | bezpłatny | 0 zł |
| 339 | Mepolizumabum | Nucala, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg | 1 ampułko-strzykawka | 05909991407148 | 2021-11-01 | 3 lata | 1167.0, Mepolizumab | 3900,00 | 4212,00 | 4464,72 | 4464,72 | B.44. | bezpłatny | 0 zł |
| 340 | Mepolizumabum | Nucala, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 100 mg | 1 fiol. proszku | 05909991246617 | 2021-11-01 | 3 lata | 1167.0, Mepolizumab | 3900,00 | 4212,00 | 4464,72 | 4464,72 | B.44. | bezpłatny | 0 zł |
| 341 | Mepolizumabum | Nucala, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg | 1 wstrzykiwacz | 05909991407018 | 2021-11-01 | 3 lata | 1167.0, Mepolizumab | 3900,00 | 4212,00 | 4464,72 | 4464,72 | B.44. | bezpłatny | 0 zł |

| 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** |
| 342 | Mercaptamini bitartras | Cystagon, kaps. twarde, 150 mg | 100 szt. | 03663502001011 | 2023-09-01 | 2 lata | 1084.1, Cysteamina | 880,00 | 950,40 | 1007,42 | 1007,42 | B.61. | bezpłatny | 0 zł |
| 343 | Mercaptamini hydrochloridum | Cystadrops, krople do oczu, roztwór, 3,8 mg/ml | 1 fiol. 5 ml | 03663502000274 | 2022-11-01 | 2 lata | 1084.2, Cysteamina do oczu | 4570,00 | 4935,60 | 5231,74 | 5231,74 | B.61. | bezpłatny | 0 zł |
| 344 | Midostaurinum | Rydapt, kaps. miękkie, 25 mg | 112 szt. | 05909991341527 | 2023-05-01 | 2 lata | 1221.0, Midostauryna | 52028,22 | 56190,48 | 58350,48 | 58350,48 | B.114.; B.115. | bezpłatny | 0 zł |
| 345 | Midostaurinum | Rydapt, kaps. miękkie, 25 mg | 56 szt. | 05909991353995 | 2023-05-01 | 2 lata | 1221.0, Midostauryna | 26014,11 | 28095,24 | 29780,96 | 29780,96 | B.114.; B.115. | bezpłatny | 0 zł |
| 346 | Migalastatum | Galafold, kaps. twarde, 123 mg | 14 szt. | 05909991390273 | 2022-11-01 | 2 lata | 1215.0, Migalastatum | 59787,86 | 64570,89 | 66730,89 | 66730,89 | B.104. | bezpłatny | 0 zł |
| 347 | Moroctocogum alfa | ReFacto AF, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m. (250 j.m./ml) | 1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. | 05909990819515 | 2023-11-01 | 2 lata | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate | 2400,00 | 2592,00 | 2747,52 | 2404,08 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 348 | Moroctocogum alfa | ReFacto AF, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m. (500 j.m./ml) | 1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. | 05909990010554 | 2023-11-01 | 2 lata | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate | 4800,00 | 5184,00 | 5495,04 | 4808,16 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 349 | Moroctocogum alfa | ReFacto AF, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m. (62,5 j.m./ml) | 1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. | 05909990819317 | 2023-11-01 | 2 lata | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate | 600,00 | 648,00 | 686,88 | 601,02 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 350 | Moroctocogum alfa | ReFacto AF, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m. (125 j.m./ml) | 1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. | 05909990819416 | 2023-11-01 | 2 lata | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate | 1200,00 | 1296,00 | 1373,76 | 1202,04 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 351 | Natalizumabum | Tysabri, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg | 2 amp.-strzyk. | 05713219560252 | 2024-04-01 | 2 lata | 1116.0, Natalizumab | 5700,00 | 6156,00 | 6525,36 | 6525,36 | B.29. | bezpłatny | 0 zł |
| 352 | Natalizumabum | Tysabri, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg | 1 fiol.po 15 ml | 05909990084333 | 2022-11-01 | 2 lata | 1116.0, Natalizumab | 5700,00 | 6156,00 | 6525,36 | 6525,36 | B.29. | bezpłatny | 0 zł |
| 353 | 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 |
| 354 | Nintedanibum | Ofev, kaps. miękkie, 100 mg | 60 szt. | 05909991206444 | <1>2022-03-01/<2>2023-07-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1173.0, Nintedanib | 4850,00 | 5238,00 | 5552,28 | 5552,28 | <1>B.87.; <2>B.135. | bezpłatny | 0 zł |
| 355 | Nintedanibum | Ofev, kaps. miękkie, 150 mg | 60 szt. | 05909991206468 | <1>2022-03-01/<2>2023-07-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1173.0, Nintedanib | 8600,00 | 9288,00 | 9845,28 | 8328,42 | <1>B.87.; <2>B.135. | bezpłatny | 0 zł |
| 356 | Nintedanibum | Vargatef, kaps. miękkie, 100 mg | 120 szt. | 05909991203894 | 2022-09-01 | 2 lata 2 miesiące | 1178.0, Nintedanib - 2 | 9021,41 | 9743,12 | 10327,71 | 10327,71 | B.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 357 | Nintedanibum | Vargatef, kaps. miękkie, 100 mg | 60 szt. | 05909991203887 | 2022-09-01 | 2 lata 2 miesiące | 1178.0, Nintedanib - 2 | 5733,33 | 6192,00 | 6563,52 | 5163,86 | B.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 358 | Nintedanibum | Vargatef, kaps. miękkie, 150 mg | 60 szt. | 05909991203900 | 2022-09-01 | 2 lata 2 miesiące | 1178.0, Nintedanib - 2 | 8600,00 | 9288,00 | 9845,28 | 7745,78 | B.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 359 | Niraparibum | Zejula, kaps. twarde, 100 mg | 56 szt. | 05909991425487 | 2024-01-01 | 2 lata | 1236.0, Niraparyb | 17605,00 | 19013,40 | 20154,20 | 20154,20 | B.50. | bezpłatny | 0 zł |
| 360 | Niraparibum | Zejula, kaps. twarde, 100 mg | 84 szt. | 05909991425494 | 2024-01-01 | 2 lata | 1236.0, Niraparyb | 26407,50 | 28520,10 | 30231,31 | 30231,30 | B.50. | bezpłatny | 0 zł |
| 361 | Nitisinonum | 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 |

| 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** |
| 364 | Nitisinonum | Orfadin, kaps. twarde, 5 mg | 60 kaps. | 07350031442229 | 2022-11-01 | 3 lata | 1140.0, Nityzynon | 2925,00 | 3159,00 | 3348,54 | 3348,54 | B.76. | bezpłatny | 0 zł |
| 365 | Nivolumabum | Opdivo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol.po 10 ml | 05909991220518 | <1>2023-03-01/<2>2023-01-01/<3>2022-05-01/<4><5><6>2023-09-01/<7>2022-09-01/<8>2023-11-01 | <1><2><3><5><6><7><8>2 lata/<4>2 lata 8 miesięcy | 1144.0, Niwolumab | 5915,61 | 6388,86 | 6772,19 | 6772,18 | <1>B.4.;<br><2>B.6.;<br><3>B.10.;<br><4>B.52.;<br><5>B.58.;<br><6>B.59.;<br><7>B.77.;<br><8>B.141.FM. | bezpłatny | 0 zł |
| 366 | Nivolumabum | Opdivo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol.po 4 ml | 05909991220501 | <1>2023-03-01/<2>2023-01-01/<3>2022-05-01/<4><5><6>2023-09-01/<7>2022-09-01/<8>2023-11-01 | <1><2><3><5><6><7><8>2 lata/<4>2 lata 8 miesięcy | 1144.0, Niwolumab | 2366,24 | 2555,54 | 2708,87 | 2708,87 | <1>B.4.;<br><2>B.6.;<br><3>B.10.;<br><4>B.52.;<br><5>B.58.;<br><6>B.59.;<br><7>B.77.;<br><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 | 2022-07-01 | 2 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 | 2022-07-01 | 2 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 | 2022-07-01 | 2 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 | 2022-07-01 | 2 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 |

| 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** |
| 377 | Nusinersenum | Spinraza, roztwór do wstrzykiwań, 12 mg | 1 fiol. 5 ml | 05713219500975 | 2023-01-01 | 3 lata | 1185.0, Nusinersen | 301000,00 | 325080,00 | 327240,00 | 327240,00 | B.102.FM. | bezpłatny | 0 zł |
| 378 | Obinutuzumabum | Gazyvaro, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1000 mg | 1 fiol.po 40 ml | 05902768001105 | <1>2024-01-01/<2>2023-09-01 | <1>6 miesięcy/<2>10 miesięcy | 1148.0, Obinutuzumab | 10650,00 | 11502,00 | 12192,12 | 12192,12 | <1>B.12.FM.;<br><2>B.79. | bezpłatny | 0 zł |
| 379 | Ocrelizumabum | Ocrevus, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 30 mg/ml | 1 fiol.po 10 ml | 05902768001174 | 2022-11-01 | 2 lata | 1201.0, Okrelizumab | 20833,00 | 22499,64 | 23849,62 | 23849,62 | B.29. | bezpłatny | 0 zł |
| 380 | Octocogum alfa | Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m. | 1 fiol.z prosz. + 1 fiol.z rozp.po 5 ml | 05909990224340 | 2022-07-01 | 2 lata | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate | 2470,00 | 2667,60 | 2827,66 | 2404,08 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 381 | Octocogum alfa | Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 j.m. | 1 fiol. z proszkiem + 1 fiol. z rozpuszczalnikiem po 5 ml | 05909990224357 | 2024-01-01 | 3 lata | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate | 3705,00 | 4001,40 | 4241,48 | 3606,12 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 382 | Octocogum alfa | Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m. | 1 fiol. z proszkiem + 1 fiol. z rozpuszczalnikiem po 5 ml | 05909990697441 | 2024-01-01 | 3 lata | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate | 4940,00 | 5335,20 | 5655,31 | 4808,16 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 383 | Octocogum alfa | Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m. | 1 fiol. z proszkiem + 1 fiol. z rozpuszczalnikiem po 5 ml | 05909990224302 | 2024-01-01 | 3 lata | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate | 617,50 | 666,90 | 706,91 | 601,02 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 384 | Octocogum alfa | Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3000 j.m. | 1 fiol. z proszkiem + 1 fiol. z rozpuszczalnikiem po 5 ml | 05909990697458 | 2024-01-01 | 3 lata | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate | 7410,00 | 8002,80 | 8482,97 | 7212,24 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 385 | Octocogum alfa | Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m. | 1 fiol. z proszkiem + 1 fiol. z rozpuszczalnikiem po 5 ml | 05909990224333 | 2024-01-01 | 3 lata | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate | 1235,00 | 1333,80 | 1413,83 | 1202,04 | 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.;<br><2>B.50.;<br><3>B.56.;<br><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.;<br><2>B.50.;<br><3>B.56.;<br><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 |

| 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** |
| 394 | Olipudaza alfa | Xenpozyme, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 4 mg | 1 fiol. | 05909991513696 | 2024-04-01 | 2 lata | 1296.0, Olipudaza alfa | 2972,00 | 3209,76 | 3402,35 | 3402,35 | B.158.FM. | bezpłatny | 0 zł |
| 395 | Omalizumabum | Xolair, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg | 1 amp.-strzyk. 1 ml | 05909990708406 | 2024-01-01 | 2 lata | 1102.0, Omalizumabum | 1132,20 | 1222,78 | 1296,14 | 1296,14 | B.44.; B.107. | bezpłatny | 0 zł |
| 396 | Omalizumabum | Xolair, roztwór do wstrzykiwań, 75 mg | 1 amp.-strzyk. 0,5 ml | 05909990708376 | 2024-01-01 | 2 lata | 1102.0, Omalizumabum | 566,10 | 611,39 | 648,08 | 648,08 | B.44. | bezpłatny | 0 zł |
| 397 | Onasemnogenum abeparvovecum | Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x $10^{13}$ vg/ml | 1 fiol. 5,5 ml + 2 fiol. 8,3 ml | 05397227701106 | 2022-09-01 | 2 lata | 1255.0, Onasemnogen abeparwowek | 8350000,00 | 9018000,00 | 9020160,00 | 9020160,00 | 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 | 2022-09-01 | 2 lata | 1255.0, Onasemnogen abeparwowek | 8350000,00 | 9018000,00 | 9020160,00 | 9020160,00 | 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 | 2022-09-01 | 2 lata | 1255.0, Onasemnogen abeparwowek | 8350000,00 | 9018000,00 | 9020160,00 | 9020160,00 | 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 | 2022-09-01 | 2 lata | 1255.0, Onasemnogen abeparwowek | 8350000,00 | 9018000,00 | 9020160,00 | 9020160,00 | 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 | 2022-09-01 | 2 lata | 1255.0, Onasemnogen abeparwowek | 8350000,00 | 9018000,00 | 9020160,00 | 9020160,00 | 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 | 2022-09-01 | 2 lata | 1255.0, Onasemnogen abeparwowek | 8350000,00 | 9018000,00 | 9020160,00 | 9020160,00 | 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 | 2022-09-01 | 2 lata | 1255.0, Onasemnogen abeparwowek | 8350000,00 | 9018000,00 | 9020160,00 | 9020160,00 | 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 | 2022-09-01 | 2 lata | 1255.0, Onasemnogen abeparwowek | 8350000,00 | 9018000,00 | 9020160,00 | 9020160,00 | 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 | 2022-09-01 | 2 lata | 1255.0, Onasemnogen abeparwowek | 8350000,00 | 9018000,00 | 9020160,00 | 9020160,00 | 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 | 2022-09-01 | 2 lata | 1255.0, Onasemnogen abeparwowek | 8350000,00 | 9018000,00 | 9020160,00 | 9020160,00 | 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 | 2022-09-01 | 2 lata | 1255.0, Onasemnogen abeparwowek | 8350000,00 | 9018000,00 | 9020160,00 | 9020160,00 | 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 | 2022-09-01 | 2 lata | 1255.0, Onasemnogen abeparwowek | 8350000,00 | 9018000,00 | 9020160,00 | 9020160,00 | 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 | 2022-09-01 | 2 lata | 1255.0, Onasemnogen abeparwowek | 8350000,00 | 9018000,00 | 9020160,00 | 9020160,00 | 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 | 2022-09-01 | 2 lata | 1255.0, Onasemnogen abeparwowek | 8350000,00 | 9018000,00 | 9020160,00 | 9020160,00 | 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 | 2022-09-01 | 2 lata | 1255.0, Onasemnogen abeparwowek | 8350000,00 | 9018000,00 | 9020160,00 | 9020160,00 | 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 | 2022-09-01 | 2 lata | 1255.0, Onasemnogen abeparwowek | 8350000,00 | 9018000,00 | 9020160,00 | 9020160,00 | 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 | 2022-09-01 | 2 lata | 1255.0, Onasemnogen abeparwowek | 8350000,00 | 9018000,00 | 9020160,00 | 9020160,00 | 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** |
| 414 | Onasemnogenum abeparvovecum | Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x $10^{13}$ vg/ml | 5 fiol. 8,3 ml | 05397227701175 | 2022-09-01 | 2 lata | 1255.0, Onasemnogen abeparwowek | 8350000,00 | 9018000,00 | 9020160,00 | 9020160,00 | 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 | 2022-09-01 | 2 lata | 1255.0, Onasemnogen abeparwowek | 8350000,00 | 9018000,00 | 9020160,00 | 9020160,00 | B.102.FM. | bezpłatny | 0 zł |
| 416 | Onasemnogenum abeparvovecum | Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x $10^{13}$ vg/ml | 7 fiol. 8,3 ml | 05397227702851 | 2022-09-01 | 2 lata | 1255.0, Onasemnogen abeparwowek | 8350000,00 | 9018000,00 | 9020160,00 | 9020160,00 | 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 | 2022-09-01 | 2 lata | 1255.0, Onasemnogen abeparwowek | 8350000,00 | 9018000,00 | 9020160,00 | 9020160,00 | 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 | 2022-09-01 | 2 lata | 1255.0, Onasemnogen abeparwowek | 8350000,00 | 9018000,00 | 9020160,00 | 9020160,00 | 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 | 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 | B.4. | bezpłatny | 0 zł |
| 430 | 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 | B.4. | bezpłatny | 0 zł |
| 431 | 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 |
| 432 | 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 |
| 433 | 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 | 2024-04-01 | <1>6 miesięcy/<2>2 lata | 1174.0, Pasyreotyd | 8701,88 | 9398,03 | 9961,91 | 6893,13 | <1>B.99.; <2>B.118. | bezpłatny | 0 zł |
| 434 | Pasireotidum | Signifor, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 30 mg | 1 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 |

| 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** |
| 435 | Pasireotidum | Signifor, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 40 mg | 1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. 2 ml rozp. + 1 igła + 1 łącznik fiolki | 03663502003510 | 2024-04-01 | <1>6 miesięcy/<2>2 lata | 1174.0, Pasyreotyd | 9031,88 | 9754,43 | 10339,69 | 10339,69 | <1>B.99.; <2>B.118. | bezpłatny | 0 zł |
| 436 | Pasireotidum | Signifor, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 60 mg | 1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. 2 ml rozp. + 1 igła + 1 łącznik fiolki | 03663502003503 | 2024-04-01 | 6 miesięcy | 1174.0, Pasyreotyd | 9995,62 | 10795,27 | 11442,99 | 11442,99 | B.99. | bezpłatny | 0 zł |
| 437 | Pazopanibum | Votrient, tabl. powl., 200 mg | 30 szt. | 05909990764877 | 2021-05-01 | 3 lata | 1110.0, Pazopanib | 2070,00 | 2235,60 | 2369,74 | 2369,74 | B.8.; B.10. | bezpłatny | 0 zł |
| 438 | Pazopanibum | Votrient, tabl. powl., 200 mg | 90 szt. | 05909990764884 | 2021-05-01 | 3 lata | 1110.0, Pazopanib | 6210,00 | 6706,80 | 7109,21 | 7109,21 | B.8.; B.10. | bezpłatny | 0 zł |
| 439 | Pazopanibum | Votrient, tabl. powl., 400 mg | 30 szt. | 05909990764891 | 2021-05-01 | 3 lata | 1110.0, Pazopanib | 4140,00 | 4471,20 | 4739,47 | 4739,47 | B.8.; B.10. | bezpłatny | 0 zł |
| 440 | Pazopanibum | Votrient, tabl. powl., 400 mg | 60 szt. | 05909990764907 | 2021-05-01 | 3 lata | 1110.0, Pazopanib | 8280,00 | 8942,40 | 9478,94 | 9478,94 | B.8.; B.10. | bezpłatny | 0 zł |
| 441 | Pegcetakoplan | Aspaveli, roztwór do infuzji, 1080 mg | 1 fiol. 20 ml | 07350031443950 | 2023-09-01 | 2 lata | 1286.0, Pegcetakoplan | 16055,00 | 17339,40 | 18379,76 | 18379,76 | B.96. | bezpłatny | 0 zł |
| 442 | Pegcetakoplan | Aspaveli, roztwór do infuzji, 1080 mg | 8 fiol. 20 ml | 07350031443967 | 2023-09-01 | 2 lata | 1286.0, Pegcetakoplan | 128440,00 | 138715,20 | 140875,20 | 140875,20 | B.96. | bezpłatny | 0 zł |
| 443 | Peginterferonum alfa-2a | Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 135 µg/0,5 ml | 1 amp.-strz.po 0,5 ml (+igła) | 05909990984718 | <1>2022-03-01/<2><3>2024-04-01 | <1>3 lata/<2><3>1 rok | 1074.1, Peginterferonum alfa 2a | 495,18 | 534,79 | 566,88 | 553,83 | <1>B.1. | bezpłatny | 0 zł |
| 444 | Peginterferonum alfa-2a | Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 180 µg/0,5 ml | 1 amp.-strz.po 0,5 ml (+igła) | 05909990984817 | <1>2022-03-01/<2><3>2024-04-01 | <1>3 lata/<2><3>1 rok | 1074.1, Peginterferonum alfa 2a | 655,55 | 707,99 | 750,47 | 738,44 | <1>B.1. | bezpłatny | 0 zł |
| 445 | Peginterferonum alfa-2a | Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 90 µg/0,5 ml | 1 amp.-strz.po 0,5 ml (+igła) | 05902768001013 | <1>2022-03-01/<2><3>2024-04-01 | <1>3 lata/<2><3>1 rok | 1074.1, Peginterferonum alfa 2a | 322,52 | 348,32 | 369,22 | 369,22 | <1>B.1. | bezpłatny | 0 zł |
| 446 | Peginterferonum beta-1a | Plegridy, roztwór do wstrzykiwań, 125 µg | 2 amp.-strz.po 0,5 ml | 00646520442274 | 2022-09-01 | 1 rok 10 miesięcy | 1074.3, Peginterferonum beta-1a | 2847,33 | 3075,12 | 3259,62 | 3259,62 | B.29. | bezpłatny | 0 zł |
| 447 | Peginterferonum beta-1a | Plegridy, roztwór do wstrzykiwań, 125 µg | 2 wstrz.po 0,5 ml | 00646520442113 | 2022-09-01 | 1 rok 10 miesięcy | 1074.3, Peginterferonum beta-1a | 2847,33 | 3075,12 | 3259,62 | 3259,62 | B.29. | bezpłatny | 0 zł |
| 448 | Peginterferonum beta-1a | Plegridy, roztwór do wstrzykiwań, 63 µg; 94 µg | 2 amp.-strz.po 0,5 ml | 00646520441970 | 2022-09-01 | 1 rok 10 miesięcy | 1074.3, Peginterferonum beta-1a | 2847,33 | 3075,12 | 3259,62 | 2047,04 | B.29. | bezpłatny | 0 zł |
| 449 | Peginterferonum beta-1a | Plegridy, roztwór do wstrzykiwań, 63 µg; 94 µg | 2 wstrz.po 0,5 ml | 00646520437201 | 2022-09-01 | 1 rok 10 miesięcy | 1074.3, Peginterferonum beta-1a | 2847,33 | 3075,12 | 3259,62 | 2047,04 | B.29. | bezpłatny | 0 zł |
| 450 | Pegvisomantum | Somavert, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 10 mg | 30 zestawów (fiol., amp-strzyk. i igieł z zabezpieczeniem) | 05909990006281 | 2024-04-01 | 3 lata | 1203.0, Pegwisomant | 6930,00 | 7484,40 | 7933,46 | 7933,46 | B.99. | bezpłatny | 0 zł |
| 451 | Pegvisomantum | Somavert, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 15 mg | 30 zestawów (fiol., amp-strzyk. i igieł z zabezpieczeniem) | 05909990006298 | 2024-04-01 | 3 lata | 1203.0, Pegwisomant | 10395,00 | 11226,60 | 11900,20 | 11900,19 | B.99. | bezpłatny | 0 zł |
| 452 | Pegvisomantum | Somavert, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 20 mg | 30 zestawów (fiol., amp-strzyk. i igieł z zabezpieczeniem) | 05415062315958 | 2024-04-01 | 3 lata | 1203.0, Pegwisomant | 13860,00 | 14968,80 | 15866,93 | 15866,92 | B.99. | bezpłatny | 0 zł |
| 453 | Pegvisomantum | Somavert, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 25 mg | 30 zestawów (fiol., amp-strzyk. i igieł z zabezpieczeniem) | 05415062315965 | 2024-04-01 | 3 lata | 1203.0, Pegwisomant | 17325,00 | 18711,00 | 19833,66 | 19833,65 | B.99. | bezpłatny | 0 zł |

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

| 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 | Pomalidomidum | Imnovid, kaps. twarda, 4 mg | 21 szt. | 05909991185619 | 2022-11-01 | 1 rok 8 miesięcy | 1182.0, Pomalidomid | 34328,00 | 37074,24 | 39234,24 | 39234,24 | B.54. | bezpłatny | 0 zł |
| 476 | Ponatinibum | Iclusig, tabl. powl., 15 mg | 60 szt. | 07640159433613 | 2023-07-01 | 2 lata | 1207.0, Ponatynib | 17475,75 | 18873,81 | 20006,24 | 13337,49 | B.14.; B.65. | bezpłatny | 0 zł |
| 477 | Ponatinibum | Iclusig, tabl. 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 |
| 478 | 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 |
| 479 | 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 |
| 480 | 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 |
| 481 | Pretomanidum | Dovprela, tabl., 200 mg | 26 szt. | 05901797711139 | 2022-09-01 | 2 lata | 1253.0, Pretomanid | 14310,00 | 15454,80 | 16382,09 | 16382,09 | B.136.FM. | bezpłatny | 0 zł |
| 482 | Ramucirumabum | Cyramza, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 2 fiol.po 10 ml | 05909991205898 | 2022-11-01 | 2 lata | 1266.0, Ramucyrumab | 3360,00 | 3628,80 | 3846,53 | 3846,53 | B.58. | bezpłatny | 0 zł |
| 483 | Ranibizumab | Lucentis, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml | 1 fiol. a 0,23 ml | 05909990000005 | 2023-01-01 | 2 lata | 1134.0, Ranibizumab | 2607,00 | 2815,56 | 2984,49 | 1946,16 | B.70. | bezpłatny | 0 zł |
| 484 | Ranibizumab | Ximluci, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml | 1 fiol. a 0,23 ml + igła z filtrem | 05909991497316 | 2023-05-01 | 2 lata | 1134.0, Ranibizumab | 1700,00 | 1836,00 | 1946,16 | 1946,16 | B.70. | bezpłatny | 0 zł |
| 485 | Ravulizumabum | Ultomiris, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1100 mg | 1 fiol. 11 ml | 05391527740162 | 2023-09-01 | 2 lata | 1285.0, Rawulizumab | 71401,00 | 77113,08 | 79273,08 | 79273,08 | B.95.; B.96. | bezpłatny | 0 zł |
| 486 | Ravulizumabum | Ultomiris, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg | 1 fiol. 3 ml | 05391527740179 | 2023-09-01 | 2 lata | 1285.0, Rawulizumab | 19473,00 | 21030,84 | 22292,69 | 22292,69 | B.95.; B.96. | bezpłatny | 0 zł |
| 487 | Ribociclibum | Kisqali, tabl. powl., 200 mg | 63 szt. | 05909991336769 | 2022-09-01 | 2 lata | 1195.0, Rybocyklib | 9506,78 | 10267,32 | 10883,37 | 10883,37 | B.9.FM. | bezpłatny | 0 zł |
| 488 | Riociguatum | Adempas, tabl. 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 |
| 489 | 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 |
| 490 | 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 |
| 491 | 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 |
| 492 | 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 |
| 493 | Risankizumabum | Skyrizi, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/ml | 1 wstrzyk.po 1 ml | 08054083023021 | <1>2023-05-01/<2>2023-03-01 | 2 lata | 1211.0, Ryzankizumab | 11501,00 | 12421,08 | 13166,34 | 13166,34 | <1>B.35.; <2>B.47. | bezpłatny | 0 zł |
| 494 | Risankizumabum | Skyrizi, roztwór do wstrzykiwań, 75 mg/0,83 ml | 2 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 |
| 495 | Risdiplamum | Evrysdi, proszek do sporządzania roztworu doustnego, 0,75 mg/ml | 1 but. po 80 ml | 07613326029896 | 2022-09-01 | 2 lata | 1254.0, Rysdyplam | 35625,21 | 38475,23 | 40635,23 | 40635,23 | B.102.FM. | bezpłatny | 0 zł |

| 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** |
| 496 | Rituximabum | MabThera, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg | 2 fiol.po 10 ml | 05909990418817 | <1><6>2022-07-01/<2>2022-09-01/<3><4><5>2024-04-01 | <1><2><6>2 lata/<3><4><5>6 miesięcy | 1035.0, Rituximabum | 2036,70 | 2199,64 | 2331,61 | 1097,86 | <1>B.33.;<2>B.75.;<3>B.97.;<4>B.98.;<5>B.157. | bezpłatny | 0 zł |
| 497 | Rituximabum | MabThera, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg | 1 fiol.po 50 ml | 05909990418824 | <1><6>2022-07-01/<2>2022-09-01/<3><4><5>2024-04-01 | <1><2><6>2 lata/<3><4><5>6 miesięcy | 1035.0, Rituximabum | 5093,10 | 5500,55 | 5830,59 | 2744,65 | <1>B.33.;<2>B.75.;<3>B.97.;<4>B.98.<5>B.157. | bezpłatny | 0 zł |
| 498 | Rituximabum | Riximyo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg | 2 fiol.po 10 ml | 07613421032975 | <1>2023-11-01/<2><6>2022-11-01/<3><4><5>2024-04-01 | <1><2><6>2 lata/<3><4><5>1 rok 9 miesięcy | 1035.0, Rituximabum | 959,00 | 1035,72 | 1097,86 | 1097,86 | <1>B.33.;<2>B.75.;<3>B.97.;<4>B.98.<5>B.157. | bezpłatny | 0 zł |
| 499 | Rituximabum | Riximyo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg | 1 fiol.po 50 ml | 07613421032982 | <1>2023-11-01/<2><6>2022-11-01/<3><4><5>2024-04-01 | <1><2><6>2 lata/<3><4><5>1 rok 9 miesięcy | 1035.0, Rituximabum | 2397,50 | 2589,30 | 2744,66 | 2744,65 | <1>B.33.;<2>B.75.;<3>B.97.;<4>B.98.<5>B.157. | bezpłatny | 0 zł |
| 500 | Rituximabum | Ruxience, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg | 1 fiol.po 10 ml | 05415062360507 | <1><2><6>2022-11-01/<3><4><5>2024-04-01 | <1><2><6>2 lata/<3><4><5>9 miesięcy | 1035.0, Rituximabum | 441,00 | 476,28 | 504,86 | 504,86 | <1>B.33.;<2>B.75.;<3>B.97.;<4>B.98.<5>B.157. | bezpłatny | 0 zł |
| 501 | Rituximabum | Ruxience, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg | 1 fiol.po 50 ml | 05415062360521 | <1><2><6>2022-11-01/<3><4><5>2024-04-01 | <1><2><6>2 lata/<3><4><5>9 miesięcy | 1035.0, Rituximabum | 2205,00 | 2381,40 | 2524,28 | 2524,28 | <1>B.33.;<2>B.75.;<3>B.97.;<4>B.98.<5>B.157. | bezpłatny | 0 zł |
| 502 | Romiplostimum | Nplate, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 125 mcg | 1 fiol. proszku | 08715131018139 | <1>2023-05-01/<2>2022-09-01 | 2 lata | 1206.0, Romiplostym | 1126,98 | 1217,14 | 1290,17 | 1290,17 | <1>B.97.;<2>B.98. | bezpłatny | 0 zł |
| 503 | Romiplostimum | Nplate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 mcg | 1 fiol. proszku + zestaw do rozpuszczenia leku | 05909990766994 | <1>2023-05-01/<2>2022-09-01 | 2 lata | 1206.0, Romiplostym | 2253,96 | 2434,28 | 2580,34 | 2580,34 | <1>B.97.;<2>B.98. | bezpłatny | 0 zł |
| 504 | Roxadustatum | Evrenzo, tabl. 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 |
| 505 | 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 |
| 506 | 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 |
| 507 | 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 |
| 508 | 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 |

| 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 | 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 | 2404,08 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 510 | Rurioctocogum alfa pegolum | Adynovi, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m. | 1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. 5 ml | 00642621067132 | 2023-05-01 | 2 lata | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate | 4900,00 | 5292,00 | 5609,52 | 4808,16 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 511 | Rurioctocogum alfa pegolum | Adynovi, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m. | 1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. 2 ml | 00642621067101 | 2023-05-01 | 2 lata | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate | 612,50 | 661,50 | 701,19 | 601,02 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 512 | Rurioctocogum alfa pegolum | Adynovi, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m. | 1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. 2 ml | 00642621067118 | 2023-05-01 | 2 lata | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate | 1225,00 | 1323,00 | 1402,38 | 1202,04 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 513 | Ruxolitinibum | Jakavi, tabl., 10 mg | 56 szt. | 05909991198282 | <1>2023-11-01/<2>2023-09-01 | 2 lata | 1152.0, Ruksolitynib | 12056,25 | 13020,75 | 13802,00 | 9201,33 | <1>B.81.;<br><2>B.149. | bezpłatny | 0 zł |
| 514 | Ruxolitinibum | Jakavi, tabl., 15 mg | 56 szt. | 05909991053789 | <1>2023-11-01/<2>2023-09-01 | 2 lata | 1152.0, Ruksolitynib | 12056,25 | 13020,75 | 13802,00 | 13802,00 | <1>B.81.;<br><2>B.149. | bezpłatny | 0 zł |
| 515 | Ruxolitinibum | Jakavi, tabl., 20 mg | 56 szt. | 05909991053833 | <1>2023-11-01/<2>2023-09-01 | 2 lata | 1152.0, Ruksolitynib | 12056,25 | 13020,75 | 13802,00 | 13802,00 | <1>B.81.;<br><2>B.149. | bezpłatny | 0 zł |
| 516 | Ruxolitinibum | Jakavi, tabl., 5 mg | 56 szt. | 05909991053758 | <1>2023-11-01/<2>2023-09-01 | 2 lata | 1152.0, Ruksolitynib | 6028,13 | 6510,38 | 6901,01 | 4600,67 | <1>B.81.;<br><2>B.149. | bezpłatny | 0 zł |
| 517 | Sacituzumabum govitecanum | Trodelvy, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 200 mg | 1 fiol. proszku | 05391507146816 | 2022-11-01 | 2 lata | 1265.0, Sacytuzumab gowitekan | 4300,00 | 4644,00 | 4922,64 | 4922,64 | B.9.FM. | bezpłatny | 0 zł |
| 518 | Satralizumabum | Enspryng, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg | 1 amp.-strzyk. | 07613326032322 | 2022-11-01 | 2 lata | 1260.0, Satralizumab | 30500,00 | 32940,00 | 34916,40 | 34916,40 | B.138.FM. | bezpłatny | 0 zł |
| 519 | Sekukinumab | Cosentyx, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/ml | 2 amp.-strz./2 wstrz. | 05909991203832 | <1>2023-07-01/<2><3>2022-11-01/<4>2023-03-01/<5>2022-07-01 | 2 lata | 1180.0, Sekukinumab | 4093,86 | 4421,37 | 4686,65 | 4686,65 | <1>B.33.;<br><2>B.35.;<br><3>B.36.;<br><4>B.47.;<br><5>B.82. | bezpłatny | 0 zł |
| 520 | Sekukinumab | Cosentyx, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 300 mg | 1 wstrzykiwacz | 07613421040130 | <1><2>2022-11-01/<3>2023-03-01 | 2 lata | 1180.0, Sekukinumab | 4093,86 | 4421,37 | 4686,65 | 4686,65 | <1>B.35.;<br><2>B.36.;<br><3>B.47. | bezpłatny | 0 zł |
| 521 | 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.;<br><2>B.47. | bezpłatny | 0 zł |
| 522 | 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 |
| 523 | 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 |
| 524 | 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 |
| 525 | 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 |
| 526 | 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 |
| 527 | 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 |
| 528 | 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 |

| 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** |
| 529 | 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 |
| 530 | 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 |
| 531 | Selpercatinibum | Retsevmo, kaps. twarde, 40 mg | 56 szt. | 08586009570529 | 2023-09-01 | 2 lata | 1283.0, Selperkatynib | 9991,81 | 10791,15 | 11438,63 | 11331,15 | B.108.FM | bezpłatny | 0 zł |
| 532 | Selpercatinibum | Retsevmo, kaps. twarde, 80 mg | 112 szt. | 08586009570536 | 2023-09-01 | 2 lata | 1283.0, Selperkatynib | 39967,22 | 43164,60 | 45324,60 | 45324,60 | B.108.FM | bezpłatny | 0 zł |
| 533 | Selumetinibum | Koselugo, kaps. twarde, 10 mg | 60 szt. | 05000456070058 | 2024-01-01 | 2 lata | 1295.0, Selumetynib | 21495,34 | 23214,97 | 24607,86 | 24607,86 | B.155. | bezpłatny | 0 zł |
| 534 | Selumetinibum | Koselugo, kaps. twarde, 25 mg | 60 szt. | 05000456070065 | 2024-01-01 | 2 lata | 1295.0, Selumetynib | 53738,34 | 58037,41 | 60197,41 | 60197,41 | B.155. | bezpłatny | 0 zł |
| 535 | 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 |
| 536 | Sildenafilum | Granpidam, tabletki powlekane, 20 mg | 90 szt. | 05055565731932 | 2022-09-01 | 3 lata | 1076.0, Sildenafilum | 200,00 | 216,00 | 228,96 | 103,03 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 537 | Sildenafilum | Remidia, tabl. 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 |
| 538 | Sildenafilum | Revatio, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 10 mg/ml | 1 but. po 112 ml | 05909990967780 | 2022-07-01 | 3 lata | 1076.0, Sildenafilum | 827,33 | 893,52 | 947,13 | 64,11 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 539 | Sildenafilum | Sildenafil Zentiva, tabletki powlekane, 20 mg | 90 szt. | 05909991355715 | 2021-05-01 | 3 lata | 1076.0, Sildenafilum | 200,00 | 216,00 | 228,96 | 103,03 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 540 | Sildenafilum | Silungo, tabl. 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 |
| 541 | Siltuximabum | Sylvant, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg | 1 fiol. po 8 ml | 05060146292276 | 2022-07-01 | 1 rok 10 miesięcy | 1243.0, Siltuksymab | 2296,91 | 2480,66 | 2629,50 | 2629,50 | B.131. | bezpłatny | 0 zł |
| 542 | Siltuximabum | Sylvant, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 400 mg | 1 fiol. po 30 ml | 05060146292481 | 2022-07-01 | 1 rok 10 miesięcy | 1243.0, Siltuksymab | 9187,64 | 9922,65 | 10518,01 | 10518,00 | B.131. | bezpłatny | 0 zł |
| 543 | Simoctocogum alfa | Nuwiq, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m. | 1 fiol. + 1 amp.-strz.po 2,5 ml | 05909991211936 | 2024-04-01 | 3 miesiące | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate | 2380,00 | 2570,40 | 2724,62 | 2404,08 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 544 | Simoctocogum alfa | Nuwiq, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m. | 1 fiol. + 1 amp.-strz.po 2,5 ml | 05909991211943 | 2024-04-01 | 3 miesiące | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate | 4760,00 | 5140,80 | 5449,25 | 4808,16 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 545 | Simoctocogum alfa | Nuwiq, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m. | 1 fiol. + 1 amp.-strz.po 2,5 ml | 05909991211912 | 2024-04-01 | 3 miesiące | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate | 595,00 | 642,60 | 681,16 | 601,02 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 546 | Simoctocogum alfa | Nuwiq, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m. | 1 fiol. + 1 amp.-strz.po 2,5 ml | 05909991211929 | 2024-04-01 | 3 miesiące | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate | 1190,00 | 1285,20 | 1362,31 | 1202,04 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 547 | 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 |
| 548 | 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 |
| 549 | 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 |
| 550 | 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 |
| 551 | 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 |

| 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** |
| 552 | 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 |
| 553 | Somatropinum | Genotropin 12, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 12 (36 j.m.) mg | 5 jednorazowych, wielodawkowych wstrzykiwaczy GoQuick zawierających wkład z proszkiem i rozpuszczalnikiem po 1 ml | 05909990887170 | <1><2><3><4>2022-01-01/<5>2022-11-01 | <1><2><3><4>3 lata/<5>2 lata | 1077.0, Somatropinum | 4571,11 | 4936,80 | 5233,01 | 3846,53 | <1>B.19.; <2>B.38.; <3>B.41.; <4>B.42.; <5>B.111. | bezpłatny | 0 zł |
| 554 | Somatropinum | Genotropin 5,3, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 5,3 (16 j.m.) mg | 5 jednorazowych wielodawkowych wstrzykiwaczy GoQuick zawierających wkład z proszkiem i rozpuszczalnikiem po 1 ml | 05909990887095 | <1><2><3><4>2022-01-01/<5>2022-11-01 | <1><2><3><4>3 lata/<5>2 lata | 1077.0, Somatropinum | 2018,81 | 2180,31 | 2311,14 | 1698,88 | <1>B.19.; <2>B.38.; <3>B.41.; <4>B.42.; <5>B.111. | bezpłatny | 0 zł |
| 555 | Somatropinum | Norditropin NordiFlex, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 10 mg/1,5 ml | 1 wstrzykiwacz 1,5 ml | 05909991414665 | 2022-05-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1077.0, Somatropinum | 761,85 | 822,80 | 872,16 | 641,09 | <1>B.19.; B.38.; B.42.; <2>B.111. | bezpłatny | 0 zł |
| 556 | Somatropinum | Norditropin NordiFlex, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 5 mg/1,5 ml | 1 wstrzykiwacz 1,5 ml | 05712249117498 | 2022-05-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1077.0, Somatropinum | 380,92 | 411,39 | 436,08 | 320,54 | <1>B.19.; B.38.; B.42.; <2>B.111. | bezpłatny | 0 zł |
| 557 | Somatropinum | Omnitrope, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/1,5 ml (30 j.m.) | 5 wkł.po 1,5 ml | 05909990072897 | <1><2><3><4>2022-07-01/<5>2022-01-01/<6>2022-11-01 | <2><3><4><5>3 lata/<1><6>2 lata | 1077.0, Somatropinum | 2800,00 | 3024,00 | 3205,44 | 3205,44 | <1>B.19.; <2>B.38.; <3>B.41.; <4>B.42; <5>B.64.; <6>B.111. | bezpłatny | 0 zł |
| 558 | Somatropinum | Omnitrope, roztwór do wstrzykiwań, 5 mg/1,5 ml (15 j.m.) | 5 wkł.po 1,5 ml | 05909990050161 | <1><2><3><4>2022-07-01/<5>2022-01-01/<6>2022-11-01 | <2><3><4><5>3 lata/<1><6>2 lata | 1077.0, Somatropinum | 1400,00 | 1512,00 | 1602,72 | 1602,72 | <1>B.19.; <2>B.38.; <3>B.41.; <4>B.42; <5>B.64.; <6>B.111. | bezpłatny | 0 zł |
| 559 | Sorafenibum | Nexavar, tabl. powl., 200 mg | 112 szt. | 05909990588169 | 2023-07-01 | 10 miesięcy | 1078.1, Sorafenib - 2 | 8900,00 | 9612,00 | 10188,72 | 10188,72 | B.119. | bezpłatny | 0 zł |
| 560 | Sotorasibum | Lumykras, tabl. 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 |
| 561 | Tafasitamabum | Minjuvi, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 200 mg | 1 fiol. proszku | 09088885500694 | 2023-05-01 | 2 lata | 1275.0, Tafasytamab | 3714,50 | 4011,66 | 4252,36 | 4252,36 | B.12.FM. | bezpłatny | 0 zł |
| 562 | Talazoparibum | Talzenna, kapsułki twarde, 0,25 mg | 30 szt. | 05415062348826 | 2022-11-01 | 2 lata | 1263.0, Talazoparyb | 5853,03 | 6321,27 | 6700,55 | 5026,61 | B.9.FM. | bezpłatny | 0 zł |
| 563 | Talazoparibum | Talzenna, kapsułki twarde, 1 mg | 30 szt. | 05415062348789 | 2022-11-01 | 2 lata | 1263.0, Talazoparyb | 17563,26 | 18968,32 | 20106,42 | 20106,42 | B.9.FM. | bezpłatny | 0 zł |
| 564 | Temsirolimusum | Torisel, koncentrat i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 30 mg | 1 fiol. 1,2 ml + 1 fiol. 2,2 ml rozp. | 05909990080663 | 2023-11-01 | 3 lata | 1150.0, Temsyrolimus | 2518,00 | 2719,44 | 2882,61 | 2882,61 | B.10. | bezpłatny | 0 zł |
| 565 | Tenofoviri disoproxil | Tenofovir disoproxil Zentiva, tabletki powlekane, 245 mg | 30 szt. | 05909991298708 | <1>2021-05-01/<2>2024-01-01 | <1>3 lata/<2>6 miesięcy | 1051.0, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna | 255,00 | 275,40 | 291,92 | 291,92 | <1>B.1.; <2>B.106. | bezpłatny | 0 zł |

| 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** |
| 566 | Tenofovirum disoproxilum | Tenofovir disoproxil Aurovitas, tabl. powl., 245 mg | 30 szt. | 05909991379704 | <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1051.0, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna | 65,00 | 70,20 | 74,41 | 74,41 | <1>B.1.; <2>B.106. | bezpłatny | 0 zł |
| 567 | Tenofovirum disoproxilum | Tenofovir disoproxil Mylan, tabl. 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 | 291,92 | <1>B.1.; <2>B.106. | bezpłatny | 0 zł |
| 568 | Teriflunomidum | Aubagio, tabl. powl., 14 mg | 28 szt. | 05909991088170 | 2023-05-01 | 1 rok 2 miesiące | 1159.0, Teryflunomid | 2770,00 | 2991,60 | 3171,10 | 1236,38 | B.29. | bezpłatny | 0 zł |
| 569 | Teriflunomidum | Terebyo, tabl. 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 |
| 570 | Tezepelumabum | Tezspire, roztwór do wstrzykiwań, 210 mg | 1 amp.-strzyk. 1,91 ml | 05000456076166 | 2024-04-01 | 2 lata | 1298.0, Tezepelumab | 4302,83 | 4647,06 | 4925,88 | 4925,88 | B.44. | bezpłatny | 0 zł |
| 571 | Tisagenlecleucelum | Kymriah, dyspersja do infuzji, 1,2 x 10^6 – 6 x 10^8 komórek | 1 lub więcej worków infuzyjnych | 05909991384388 | <1>2022-05-01/<2>2023-09-01 | 2 lata | 1226.0, Tisagenlecleucel | 1272000,00 | 1373760,00 | 1375920,00 | 1375920,00 | <1>B.12.FM.; <2>B.65. | bezpłatny | 0 zł |
| 572 | 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 |
| 573 | 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 |
| 574 | 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 |
| 575 | Tocilizumabum | RoActemra, roztwór do wstrzykiwań, 162 mg | 4 amp.-strz. po 0,9 ml | 05902768001075 | 2024-01-01 | 2 lata | 1106.0, Tocilizumab | 2730,00 | 2948,40 | 3125,30 | 2328,98 | B.33. | bezpłatny | 0 zł |
| 576 | Tocilizumabum | RoActemra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fiol.a 10 ml | 05000471007046 | 2021-05-01 | 3 lata | 1106.0, Tocilizumab | 975,00 | 1053,00 | 1116,18 | 718,82 | B.33. | bezpłatny | 0 zł |
| 577 | Tocilizumabum | RoActemra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fiol.a 4 ml | 05000471007039 | 2021-05-01 | 3 lata | 1106.0, Tocilizumab | 390,00 | 421,20 | 446,47 | 287,53 | B.33. | bezpłatny | 0 zł |
| 578 | Tocilizumabum | RoActemra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fiol.po 10 ml | 05909990678259 | 2023-01-01 | 2 lata | 1106.0, Tocilizumab | 975,00 | 1053,00 | 1116,18 | 718,82 | B.33. | bezpłatny | 0 zł |
| 579 | Tocilizumabum | RoActemra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fiol.po 20 ml | 05909990678266 | 2023-01-01 | 2 lata | 1106.0, Tocilizumab | 1950,00 | 2106,00 | 2232,36 | 1437,64 | B.33. | bezpłatny | 0 zł |
| 580 | Tocilizumabum | RoActemra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fiol.po 4 ml | 05909990678273 | 2023-01-01 | 2 lata | 1106.0, Tocilizumab | 390,00 | 421,20 | 446,47 | 287,53 | B.33. | bezpłatny | 0 zł |
| 581 | Tocilizumabum | Tyenne, roztwór do wstrzykiwań, 162 mg | 4 amp.-strz. po 0,9 ml | 04052682073373 | 2024-04-01 | 2 lata | 1106.0, Tocilizumab | 2034,40 | 2197,15 | 2328,98 | 2328,98 | B.33. | bezpłatny | 0 zł |
| 582 | Tocilizumabum | Tyenne, roztwór do wstrzykiwań, 162 mg | 4 wstrzyk. | 04052682073397 | 2024-04-01 | 2 lata | 1106.0, Tocilizumab | 2034,40 | 2197,15 | 2328,98 | 2328,98 | B.33. | bezpłatny | 0 zł |
| 583 | Tocilizumabum | Tyenne, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fiol.a 10 ml | 04052682073342 | 2024-01-01 | 2 lata | 1106.0, Tocilizumab | 731,25 | 789,75 | 837,14 | 718,82 | B.33. | bezpłatny | 0 zł |
| 584 | Tocilizumabum | Tyenne, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fiol.a 20 ml | 04052682073366 | 2024-01-01 | 2 lata | 1106.0, Tocilizumab | 1462,50 | 1579,50 | 1674,27 | 1437,64 | B.33. | bezpłatny | 0 zł |

| 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** |
| 585 | Tocilizumabum | Tyenne, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fiol.a 4 ml | 04052682073328 | 2024-01-01 | 2 lata | 1106.0, Tocilizumab | 292,00 | 315,36 | 334,28 | 287,53 | B.33. | bezpłatny | 0 zł |
| 586 | Tofacitinibum | Xeljanz, tabl. powl., 10 mg | 56 szt. | 05415062342800 | 2022-09-01 | 2 lata | 1193.0, Tofacytynib | 5400,00 | 5832,00 | 6181,92 | 5815,58 | B.55. | bezpłatny | 0 zł |
| 587 | Tofacitinibum | Xeljanz, tabl. powl., 5 mg | 56 szt. | 05907636977100 | <1>2023-09-01/<2><4>2022-09-01/<3>2023-07-01 | 2 lata | 1193.0, Tofacytynib | 2540,00 | 2743,20 | 2907,79 | 2907,79 | <1>B.33.;<2>B.35.;<3>B.36.;<4>B.55. | bezpłatny | 0 zł |
| 588 | Tolvaptanum | Jinarc, tabl., 15 ; 45 mg | 28+28 szt. | 05038256002115 | 2023-11-01 | 2 lata | 1232.0, Tolwaptan | 2254,00 | 2434,32 | 2580,38 | 2580,38 | B.126. | bezpłatny | 0 zł |
| 589 | Tolvaptanum | Jinarc, tabl., 30 ; 60 mg | 28+28 szt. | 05038256002122 | 2023-11-01 | 2 lata | 1232.0, Tolwaptan | 3381,00 | 3651,48 | 3870,57 | 3870,57 | B.126. | bezpłatny | 0 zł |
| 590 | Tolvaptanum | Jinarc, tabl., 30 ; 90 mg | 28+28 szt. | 05038256002139 | 2023-11-01 | 2 lata | 1232.0, Tolwaptan | 4508,00 | 4868,64 | 5160,76 | 5160,76 | B.126. | bezpłatny | 0 zł |
| 591 | Toxinum botulinicum typum A ad iniectabile | Botox, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 100 jednostek Allergan kompleksu neurotoksyny Clostridium botulinum typu A | 1 fiol. | 05909990674817 | <1><2><5>2022-07-01/<3>2021-09-01/<4>2022-09-01 | <1><2><3><4>3 lata/<5>2 lata | 1055.2, toksyny botulinowe - 2 | 559,00 | 603,72 | 639,94 | 639,94 | <1>B.28.;<2>B.30.;<3>B.57.;<4>B.73.;<5>B.133. | bezpłatny | 0 zł |
| 592 | Toxinum botulinicum typum A ad iniectabile | Dysport, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 300 j. | 1 fiol.po 300 j. | 05909991072094 | <1><2>2022-01-01/<3>2023-11-01 | <1><2>3 lata/<3>2 lata | 1055.3, toksyny botulinowe - 3 | 598,21 | 646,07 | 684,83 | 684,83 | <1>B.28.;<2>B.30.;<3>B.57. | bezpłatny | 0 zł |
| 593 | Toxinum botulinicum typum A ad iniectabile | Dysport, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j. | 1 fiol.po 500 j. | 05909990729227 | <1><2>2022-01-01/<3>2023-11-01 | <1><2>3 lata/<3>2 lata | 1055.3, toksyny botulinowe - 3 | 997,02 | 1076,78 | 1141,39 | 1141,39 | <1>B.28.;<2>B.30.;<3>B.57. | bezpłatny | 0 zł |
| 594 | Toxinum botulinicum typum A ad iniectabile | Xeomin , proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 100 j. | 1 fiol.po 100 j. (LD50) | 05909990643950 | <1>2022-07-01/<2>2022-09-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1055.1, toksyny botulinowe - 1 | 567,01 | 612,37 | 649,11 | 649,11 | <1>B.28.;<2>B.57. | bezpłatny | 0 zł |
| 595 | Trabectedinum | Yondelis, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 0,25 mg | 1 fiol. | 05909990635177 | 2022-09-01 | 3 lata | 1088.0, Trabectedin | 1641,81 | 1773,15 | 1879,55 | 1812,31 | B.8. | bezpłatny | 0 zł |
| 596 | Trabectedinum | Yondelis, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 1 mg | 1 fiol. | 05909990635184 | 2022-09-01 | 3 lata | 1088.0, Trabectedin | 6332,30 | 6838,88 | 7249,22 | 7249,22 | B.8. | bezpłatny | 0 zł |
| 597 | Tralokinumabum | Adtralza, roztwór do wstrzykiwań w 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 |
| 598 | 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 |
| 599 | 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 |
| 600 | Trastuzumab deruxtecan | Enhertu, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg | 1 fiol. | 04260161043629 | 2023-11-01 | 2 lata | 1082.2, Trastuzumab derukstekan | 7501,70 | 8101,84 | 8587,94 | 8587,94 | B.9.FM. | bezpłatny | 0 zł |
| 601 | Trastuzumabum | Herceptin, roztwór do wstrzykiwań, 600 mg/5 ml | 1 fiol. po 5 ml | 05902768001037 | 2023-09-01 | 2 lata | 1082.0, Trastuzumabum | 6412,50 | 6925,50 | 7341,03 | 2813,53 | B.9.FM. | bezpłatny | 0 zł |
| 602 | Trastuzumabum emtansinum | Kadcyla, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg | 1 fiol. proszku | 05902768001044 | 2023-11-01 | 2 lata | 1082.1, Trastuzumab emtanzyna | 5389,50 | 5820,66 | 6169,90 | 6169,90 | B.9.FM. | bezpłatny | 0 zł |

| 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** |
| 603 | Trastuzumabum emtansinum | Kadcyla, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 160 mg | 1 fiol. proszku | 05902768001051 | 2023-11-01 | 2 lata | 1082.1, Trastuzumab emtanzyna | 8623,50 | 9313,38 | 9872,18 | 9872,18 | B.9.FM. | bezpłatny | 0 zł |
| 604 | Treprostinilum | Remodulin, roztwór do infuzji, 1 mg/ml | 20 ml | 05909990046805 | 2021-07-01 | 3 lata | 1083.0, Treprostynilum | 4200,00 | 4536,00 | 4808,16 | 4808,16 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 605 | Treprostinilum | Remodulin, roztwór do infuzji, 2,5 mg/ml | 20 ml | 05909990046850 | 2021-07-01 | 3 lata | 1083.0, Treprostynilum | 10500,00 | 11340,00 | 12020,40 | 12020,40 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 606 | Treprostinilum | Remodulin, roztwór do infuzji, 5 mg/ml | 20 ml | 05909990046867 | 2021-07-01 | 3 lata | 1083.0, Treprostynilum | 21000,00 | 22680,00 | 24040,80 | 24040,80 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 607 | Treprostynilum | Remodulin, roztwór do infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol.po 20 ml | 05909990046874 | 2021-05-01 | 3 lata | 1083.0, Treprostynilum | 42000,00 | 45360,00 | 47520,00 | 47520,00 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 608 | Treprostynilum | Tresuvi, roztwór do infuzji, 1 mg/ml | 1 fiol. po 10 ml | 05909991418618 | 2023-01-01 | 3 lata | 1083.0, Treprostynilum | 2100,00 | 2268,00 | 2404,08 | 2404,08 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 609 | Treprostynilum | Tresuvi, roztwór do infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol. po 10 ml | 05909991418649 | 2023-01-01 | 3 lata | 1083.0, Treprostynilum | 21000,00 | 22680,00 | 24040,80 | 24040,80 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 610 | Treprostynilum | Tresuvi, roztwór do infuzji, 2,5 mg/ml | 1 fiol. po 10 ml | 05909991418625 | 2023-01-01 | 3 lata | 1083.0, Treprostynilum | 5250,00 | 5670,00 | 6010,20 | 6010,20 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 611 | Treprostynilum | Tresuvi, roztwór do infuzji, 5 mg/ml | 1 fiol. po 10 ml | 05909991418632 | 2023-01-01 | 3 lata | 1083.0, Treprostynilum | 10500,00 | 11340,00 | 12020,40 | 12020,40 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 612 | Trientinum tetrahydrochloridum | Cuprior, tabl. 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 |
| 613 | 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 |
| 614 | 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 |
| 615 | 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 |
| 616 | 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 |
| 617 | Triptorelinum | Diphereline SR 3,75, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny o przedłużonym uwalnianiu do wstrzykiwań, 3,75 mg | 1 fiol. + 1 amp.po 2 ml + 1 strz. + 2 igły | 05909990486915 | 2022-01-01 | 3 lata | 1070.0, analogi gonadoliberyny | 249,00 | 268,92 | 285,06 | 285,06 | B.18. | bezpłatny | 0 zł |
| 618 | Tucatinibum | Tukysa, tabl. 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 |
| 619 | 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 |
| 620 | 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 |
| 621 | Upadacitinibum | Rinvoq, tabl. o przedł. uwalnianiu, 15 mg | 28 szt. | 08054083020334 | <1><5><6>2024-04-01/<2><3><4>2022-07-01/<7>2022-11-01 | 2 lata | 1244.0, Upadacytynib | 3094,00 | 3341,52 | 3542,01 | 3542,01 | <1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.55.; <6>B.82.; <7>B.124. | bezpłatny | 0 zł |

| 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** |
| 622 | Upadacitinibum | Rinvoq, tabl. o przedł. uwalnianiu, 30 mg | 28 szt. | 08054083022994 | 2024-04-01 | 2 lata | 1244.0, Upadacytynib | 6188,00 | 6683,04 | 7084,02 | 7084,02 | <1>>B.32.; <2>B.55. | bezpłatny | 0 zł |
| 623 | Upadacitinibum | Rinvoq, tabl. o przedł. uwalnianiu, 45 mg | 28 szt. | 08054083024189 | 2024-04-01 | 2 lata | 1244.0, Upadacytynib | 9282,00 | 10024,56 | 10626,03 | 10626,03 | <1>>B.32.; <2>B.55. | bezpłatny | 0 zł |
| 624 | Ustekinumabum | Stelara, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 130 mg | 1 fiolka (30ml) | 05909991307066 | 2024-01-01 | 2 lata | 1107.0, Ustekinumab | 17093,56 | 18461,04 | 19568,70 | 19568,70 | B.32.; B.55. | bezpłatny | 0 zł |
| 625 | Ustekinumabum | Stelara, roztwór do wstrzykiwań , 45 mg | 1 amp-strz. | 05909997077505 | 2023-01-01 | 3 lata | 1107.0, Ustekinumab | 9229,14 | 9967,47 | 10565,52 | 6773,78 | B.47. | bezpłatny | 0 zł |
| 626 | Ustekinumabum | Stelara, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 90 mg | 1 amp-strz. | 05909997077512 | 2024-01-01 | 2 lata | 1107.0, Ustekinumab | 11834,00 | 12780,72 | 13547,56 | 13547,56 | B.32.; B.55. | bezpłatny | 0 zł |
| 627 | Ustekinumabum | Stelara, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 90 mg | 1 wstrz. | 05413868122589 | 2024-01-01 | 2 lata | 1107.0, Ustekinumab | 11834,00 | 12780,72 | 13547,56 | 13547,56 | B.32.; B.55. | bezpłatny | 0 zł |
| 628 | Vandetanibum | Caprelsa, tabl. 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 |
| 629 | 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 |
| 630 | Vedolizumabum | Entyvio, roztwór do wstrzykiwań, 108 mg/0,68 ml | 2 wstrzyk. po 0,68 ml | 07038319122857 | 2024-01-01 | 1 rok 3 miesiące | 1176.0, Wedolizumab | 2582,00 | 2788,56 | 2955,87 | 2955,87 | B.32.; B.55. | bezpłatny | 0 zł |
| 631 | Vedolizumabum | Entyvio, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 300 mg | 1 fiol. proszku | 05909991138202 | 2024-01-01 | 1 rok 3 miesiące | 1176.0, Wedolizumab | 5164,00 | 5577,12 | 5911,75 | 5911,74 | B.32.; B.55. | bezpłatny | 0 zł |
| 632 | Velaglucerasum alfa | Vpriv, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 400 j.m. | 1 fiol. | 05909990816774 | 2022-07-01 | 3 lata | 1123.0, Welagluceraza alfa | 4470,00 | 4827,60 | 5117,26 | 5117,26 | B.23. | bezpłatny | 0 zł |
| 633 | Vemurafenibum | Zelboraf, tabl. 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 |
| 634 | Venetoclaxum | Venclyxto, tabl. powl., 10 mg | 14 szt. | 08054083013688 | <1>2024-01-01/<2>2022-09-01 | 2 lata | 1186.0, Venetoclax | 239,13 | 258,26 | 273,76 | 273,76 | <1>B.79.; <2>B.114. | bezpłatny | 0 zł |
| 635 | Venetoclaxum | Venclyxto, tabl. powl., 100 mg | 112 szt. | 08054083013916 | <1>2024-01-01/<2>2022-09-01 | 2 lata | 1186.0, Venetoclax | 19130,40 | 20660,83 | 21900,48 | 21900,48 | <1>B.79.; <2>B.114. | bezpłatny | 0 zł |
| 636 | Venetoclaxum | Venclyxto, tabl. powl., 100 mg | 14 szt. | 08054083013701 | <1>2024-01-01/<2>2022-09-01 | 2 lata | 1186.0, Venetoclax | 2391,30 | 2582,60 | 2737,56 | 2737,56 | <1>B.79.; <2>B.114. | bezpłatny | 0 zł |
| 637 | Venetoclaxum | Venclyxto, tabl. powl., 100 mg | 7 szt. | 08054083013695 | <1>2024-01-01/<2>2022-09-01 | 2 lata | 1186.0, Venetoclax | 1195,65 | 1291,30 | 1368,78 | 1368,78 | <1>B.79.; <2>B.114. | bezpłatny | 0 zł |
| 638 | Venetoclaxum | Venclyxto, tabl. powl., 50 mg | 7 szt. | 08054083013718 | <1>2024-01-01/<2>2022-09-01 | 2 lata | 1186.0, Venetoclax | 597,83 | 645,66 | 684,40 | 684,40 | <1>B.79.; <2>B.114. | bezpłatny | 0 zł |
| 639 | Vismodegibum | Erivedge, kaps. twarde, 150 mg | 28 szt. | 05902768001020 | 2023-07-01 | 3 lata | 1155.0, Wismodegib | 11996,25 | 12955,95 | 13733,31 | 13733,31 | B.88. | bezpłatny | 0 zł |
| 640 | Zanubrutinibum | Brukinsa, kaps. twarde, 80 mg | 120 szt. | 08720598340112 | <1>2024-01-01/<2>2023-07-01 | 2 lata | 1166.2, Inhibitory kinazy tyrozynowej Brutona - zanubrutynib | 21552,00 | 23276,16 | 24672,73 | 24672,73 | <1>B.79.; <2>B.146. | bezpłatny | 0 zł |

Załącznik B.1.

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

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| **1. Kryteria kwalifikacji**<br>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:<br>1) poziom wiremii HBV DNA powyżej 2000 IU/mL<br>oraz<br>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<br>lub<br>3) zmiany histologiczne w wątrobie potwierdzające rozpoznanie przewlekłego zapalenia wątroby<br>lub<br>4) sztywność tkanki wątrobowej wskazująca na znaczące włóknienie (>7,0 kPa) w badaniu elastograficznym wątroby.<br><br>1.2. Do programu są kwalifikowani przy stwierdzeniu wiremii HBV DNA (niezależnie od jego poziomu): | **1. Interferon**<br>Interferon pegylowany alfa-2a:<br>a) 90 µg/0,5 ml roztwór do wstrzykiwań,<br>b) 135 µg/0,5 ml roztwór do wstrzykiwań,<br>c) 180 µg/0,5 ml roztwór do wstrzykiwań;<br>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.<br><br>**2. Analogi nukleozydowe lub nukleotydowe**<br>1) lamiwudyna:<br>a) tabletki po 100 mg - raz dziennie 1 tabletka;<br>2) entekawir:<br>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**<br>1) poziom wiremii HBV DNA;<br>2) oznaczenie antygenu HBs;<br>3) oznaczenie antygenu HBe;<br>4) oznaczenie przeciwciał anty-HBe;<br>5) oznaczenie przeciwciał anty-HCV;<br>6) oznaczenie przeciwciał anty-HIV;<br>7) morfologia krwi;<br>8) oznaczenie poziomu ALT;<br>9) proteinogram;<br>10) czas lub wskaźnik protrombinowy;<br>11) oznaczenie stężenia mocznika i kreatyniny;<br>12) USG jamy brzusznej;<br>13) biopsja wątroby – w przypadkach uzasadnionych kryteriami kwalifikacji;<br>14) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym.<br><br>Przy kwalifikacji do leczenia interferonem dodatkowo:<br>1) oznaczenie poziomu glukozy; |

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

| | | |
|---|---|---|
| 8) czynne uzależnienie od alkoholu lub środków odurzających;<br>9) ciąża lub karmienie piersią;<br>10) czynna psychoza, depresja (po konsultacji psychiatrycznej);<br>11) choroba nowotworowa czynna lub z dużym ryzykiem wznowy (po konsultacji onkologicznej, hematoonkologicznej lub hematologicznej);<br>12) inne przeciwwskazania określone w charakterystyce produktu leczniczego.<br><br>2.3. W przypadku rozpoczęcia leczenia interferonem należy je przerwać w przypadku:<br>1) braku odpowiedzi po 12 tygodniach leczenia definiowanej jako zmniejszenie poziomu wiremii HBV DNA o co najmniej 1 $\log_{10}$;<br>2) wystąpienia objawów nadwrażliwości lub nietolerancji na substancję czynną lub pomocniczą;<br>3) choroby lub stany wymienione w pkt. 2.2. ujawnione w trakcie leczenia interferonem.<br><br>2.4. W przypadkach nieskuteczności interferonu należy stosować entekawir lub tenofowir.<br><br>2.5. Lamiwudyna może być stosowana tylko w przypadku niemożności zastosowania entekawiru kub tenofowiru.<br><br>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:<br>a) proteinogram,<br>b) czas lub wskaźnik protrombinowy,<br>c) oznaczenie poziomu AFP,<br>d) USG jamy brzusznej.<br><br>**3. Monitorowanie leczenia analogami nukleozydów lub nukleotydów**<br>1) w dniu rozpoczęcia terapii:<br>a) morfologia krwi,<br>b) oznaczenie poziomu ALT,<br>c) czas lub wskaźnik protrombinowy,<br>d) oznaczenie stężenia kreatyniny,<br>e) oznaczenie poziomu AFP;<br>2) w 4, 12, 24, 48 tygodniu:<br>a) oznaczenie stężenia kreatyniny,<br>b) morfologia krwi,<br>c) oznaczenie poziomu ALT;<br>3) w 12 tygodniu - poziom wiremii HBV DNA;<br>4) w 24 i następnie co 24 tygodnie:<br>a) oznaczenie antygenu HBsAg,<br>b) oznaczenie antygenu HBeAg,<br>c) oznaczenie przeciwciał anty-HBe,<br>d) poziom wiremii HBV DNA,<br>e) oznaczenie lekooporności przy jej podejrzeniu;<br>5) w 48 tygodniu i następnie co 48 tygodni:<br>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.<br><br>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.<br><br>2.9. W uzasadnionych przypadkach, zwłaszcza po wyczerpaniu opcji terapeutycznych lub nieuzyskaniu nieoznaczalnej wiremii HBV DNA należy rozważyć leczenie interferonem.<br><br>**3. Określenie czasu leczenia w programie**<br>3.1. Leczenie można zakończyć u osób leczonych dłużej niż rok, po stwierdzeniu:<br>1) serokonwersji w układzie "s" lub<br>2) dwukrotnie ujemnych wyników oznaczenia HBV DNA wykonanych w odstępach co najmniej 3 miesięcy.<br>3.2. W przypadku pacjentów z marskością wątroby i po przeszczepach narządowych terapię należy stosować bez ograniczeń czasowych. | | b) proteinogram,<br>c) oznaczenie poziomu AFP,<br>d) USG jamy brzusznej.<br><br>**4. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) 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:<br>I. w zakresie **chemioterapii i leczenia celowanego**:<br>1) ***cetuksymab*;**<br>2) ***panitumumab*;**<br>3) ***aflibercept*;**<br>4) ***triflurydyna* z *typiracylem*.**<br>II. w zakresie **immunoterapii**:<br>1) ***pembrolizumab*;**<br>2) ***niwolumab* w skojarzeniu z *ipilimumabem*.**<br><br>W **leczeniu zaawansowanego raka jelita grubego** stosowane są:<br>1) ***cetuksymab*** lub ***panitumumab*** (leki anty-EGFR) w skojarzeniu z chemioterapią według schematu ***FOLFOX*** lub ***FOLFIRI*** w **pierwszej linii chemioterapii** pacjentów z potwierdzoną nieobecnością mutacji w genach KRAS i NRAS (wykluczenie mutacji w eksonach 2., 3. i 4. obu genów) oraz nieobecnością mutacji BRAF V600E. Dopuszczalne jest wcześniejsze zastosowanie immunoterapii z powodu RJG.<br>W przypadku skojarzenia leku anty-EGFR z chemioterapią według schematu *FOLFOX*, u pacjentów, którzy otrzymali | **1. Dawkowanie**<br>**1.1.** *cetuksymab, panitumumab*<br>Zalecana dawka ***cetuksymabu*** wynosi:<br>1) **400 mg/m²** powierzchni ciała (pierwsza dawka) oraz **250 mg/m²** powierzchni ciała (kolejne dawki) w odstępach 7-dniowych<br>lub<br>2) **500 mg/m²** powierzchni ciała w odstępach 14-dniowych.<br>Zalecana dawka ***panitumumabu*** wynosi **6 mg/kg** masy ciała w odstępach 14-dniowych.<br>*Cetuksymab* lub *panitumumab* stosowany jest w monoterapii lub wraz z chemioterapią według schematu ***FOLFIRI*** lub ***FOLFOX*** (pierwsza linia chemioterapii). W pierwszej linii chemioterapii możliwe jest przerwanie leczenia całkowicie lub częściowo (monoterapia anty-EGFR, sama chemioterapia, w tym deeskalowana) w sytuacji potwierdzenia obiektywnej odpowiedzi lub stabilizacji choroby (ocena na podstawie wyników dwóch kolejnych badań obrazowych). | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) histologiczne potwierdzenie raka jelita grubego;<br>2) ocena stanu genów KRAS i NRAS (wykluczenie obecności mutacji w eksonach 2., 3. i 4. obu genów) oraz wykluczenie mutacji w genie BRAF V600E - dla *cetuksymabu* i *panitumumabu*;<br>3) 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*;<br>4) morfologia krwi z rozmazem;<br>5) oznaczenie stężenia kreatyniny we krwi;<br>6) oznaczenie stężenia bilirubiny we krwi;<br>7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;<br>8) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;<br>9) oznaczenie czasu kaolinowo-kefalinowego (APTT) oraz INR lub czasu protrombinowego (PT) – dla *afliberceptu*;<br>10) oznaczenie stężenia magnezu - dla *cetuksymabu* i *panitumumabu*; |

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

zawierającej *fluoropirymidynę*, *oksaliplatynę* i *irynotekan* (stosowanych sekwencyjnie lub równoczasowo) lub z udokumentowanymi przeciwskazaniami do zastosowania wymienionych leków oraz z potwierdzoną nieobecnością mutacji w genach KRAS i NRAS (wykluczenie mutacji w eksonach 2., 3. i 4. obu genów) oraz nieobecnością mutacji BRAF V600E. Dopuszczalne jest wcześniejsze zastosowanie immunoterapii z powodu RJG. Do terapii anty-EGFR nie mogą być kwalifikowani pacjenci leczeni wcześniej *cetuksymabem* lub *panitumumabem* z powodu RJG.

6) ***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.

W przypadku stwierdzenia nieakceptowalnej toksyczności leku anty-EGFR, która skutkuje koniecznością zakończenia tego leczenia, możliwa jest w uzasadnionych przypadkach zmiana terapii na inny lek z grupy anty-EGFR, przy czym taka zmiana nie zmienia linii leczenia. Progresja choroby w trakcie pierwotnie wdrożonego leczenia uniemożliwia taką procedurę.

**1. Kryteria kwalifikacji do leczenia zaawansowanego raka jelita grubego**

**1.3.** *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.

**1.4.** *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

8) elektrokardiogram (EKG) – dla *pembrolizumabu* oraz *niwolumabu* w skojarzeniu z *ipilimumabem*;
9) pomiar ciśnienia tętniczego – dla *afliberceptu;*
10) badanie ogólne moczu – dla *afliberceptu*;
11) ocena powikłań skórnych – dla *cetuksymabu* i *panitumumabu*;

W przypadku leczenia:

1) *cetuksymabem* lub *panitumumabem* skojarzonego z chemioterapią w pierwszej linii leczenia powyższe badania w ppkt 1), 2) oraz 11) wykonuje się przed rozpoczęciem każdego cyklu leczenia. Pozostałe badania wykonuje się przed rozpoczęciem co drugiego cyklu leczenia;
2) *cetuksymabem* lub *panitumumabem* w monoterapii powyższe badanie w ppkt 11) wykonuje się przed każdym podaniem leku. Pozostałe badania wykonuje się nie rzadziej niż co miesiąc;
3) *pembrolizumabem* oraz *niwolumabem* w skojarzeniu z *ipilimumabem* powyższe badania wykonuje się nie rzadziej niż co 6-12 tygodni;
4) *afliberceptem* powyższe badania w ppkt 1), 3) wykonuje się przed rozpoczęciem każdego cyklu leczenia. Pozostałe badania wykonuje się przed rozpoczęciem co drugiego cyklu leczenia;
5) *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**

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;
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 (dla leków anty-EGFR stosowanych w monoterapii 0-2);
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;

opóźnienia podania kolejnej dawki nie może być dłuższy niż 12 tygodni.

**1.5.** *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. 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.

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 *cetuksymabu*, *panitumumabu*, *aflibercептu*, *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.

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),

| | | |
|---|---|---|
| 13) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią.<br>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.<br><br>**1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii**<br>**1.2.1.** *cetuksymabem, panitumumabem*<br>1) nieobecne mutacje w genach KRAS i NRAS (wykluczenie mutacji w eksonach 2., 3. i 4. obu genów) oraz nieobecna mutacja w genie BRAF V600E.<br>**1.2.2.** *pembrolizumabem, niwolumabem* w skojarzeniu z *ipilimumabem*<br>1) potwierdzenie niestabilności mikrosatelitarnej wysokiego stopnia (ang. MSI-H) lub zaburzeń mechanizmów naprawy uszkodzeń DNA o typie niedopasowania (ang. dMMR);<br>2) brak leczenia glikokortykosteroidami w dawce większej niż ekwiwalent 10 mg prednizonu dziennie w ciągu ostatniego miesiąca;<br>3) nieobecność aktywnej choroby autoimmunologicznej wymagającej aktywnego leczenia immunosupresyjnego.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia z programu** | Dopuszczalne jest zmniejszenie wymienionych powyżej dawek zgodnie z aktualną ChPL poszczególnych leków. | – całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS).<br><br>**4. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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). |

| | | |
|---|---|---|
| 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. Jeśli całkowicie lub częściowo przerwano leczenie lekiem anty-EGFR skojarzonym z chemioterapią pierwszej linii , wyłączenie z programu następuje jedynie w sytuacji, kiedy lekarz prowadzący uzna, że wznowienie leczenia po progresji jest niewskazane;<br>2) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;<br>3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;<br>4) obniżenie sprawności:<br>– o 1 lub 2 stopnie w zależności od wartości przy kwalifikacji, ale maksymalnie do wartości 2 według kryteriów ECOG – dla wszystkich terapii z wyjątkiem leków anty-EGFR stosowanych w monoterapii,<br>– o 1 lub 2 lub 3 stopnie w zależności od wartości przy kwalifikacji, ale maksymalnie do wartości 3 według kryteriów ECOG – dla leków anty-EGFR stosowanych w monoterapii;<br>5) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;<br>6) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;<br>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)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| W programie finansuje się dwie linie leczenia raka wątrobowokomórkowego (HCC) substancjami:<br>1) atezolizumab w skojarzeniu z bewacyzumabem,<br>2) kabozantynib.<br><br>W pierwszej linii leczenia dostępna jest jedna terapia:<br>1) leczenie atezolizumabem w skojarzeniu z bewacyzumabem pacjentów, u których niestosowano w przeszłości leczenia systemowego z powodu raka wątrobowokomórkowego.<br><br>W drugiej linii leczenia dostępna jest jedna terapia:<br>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).<br><br>**Leczenie raka wątrobowokomórkowego w programie obejmuje:**<br>**1) leczenie raka wątrobowokomórkowego inhibitorami kinaz tyrozynowych (kabozantynibem)**<br>**albo** | Sposób podawania leku prowadzony zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL).<br><br>W przypadkach wystąpienia istotnych klinicznie lub ciężkich działań niepożądanych można opóźnić podanie kolejnej dawki leku, jednak nie dłużej niż:<br>1) 6 tygodni w przypadku leczenia atezolizumabem w skojarzeniu z bewacyzumabem;<br>2) 8 tygodni w przypadku leczenia kabozantynibem.<br><br>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.<br><br>Dopuszczalne jest zmniejszenie wymienionych poniżej dawek zgodnie z aktualną ChPL poszczególnych leków. | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) potwierdzenie raka wątrobowokomórkowego histologiczne lub cytologiczne lub radiologiczne przy pomocy kontrastowej wielofazowej dynamicznej CT lub MRI (u pacjentów z marskością wątroby);<br>2) morfologia krwi z rozmazem;<br>3) badanie ogólne moczu;<br>4) oznaczenie stężenia mocznika, kreatyniny, AspAT, AlAT, bilirubiny, wapnia, fosfatazy alkalicznej, białka, glukozy, albumin, AFP w surowicy;<br>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;<br>6) oznaczenie fT4 i TSH - dotyczy terapii atezolizumabem w skojarzeniu z bewacyzumabem;<br>7) gastroskopia (u pacjentów z marskością wątroby) - ocena pod kątem występowania żylaków przełyku, jeżeli badanie nie było wykonane w okresie 6 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia w programie lekowym – dotyczy terapii atezolizumabem w skojarzeniu z bewacyzumabem; |

| | | |
|---|---|---|
| **2) immunoterapia w skojarzeniu z leczeniem antyangiogennym (atezolizumabem w skojarzeniu z bewacyzumabem).**<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) wiek 18 lat i powyżej;<br>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);<br>3) brak możliwości zastosowania radykalnego leczenia chirurgicznego lub terapii lokoregionalnych lub ich nieskuteczność;<br>4) stan sprawności 0-1 według ECOG;<br>5) czynnościowy stan wątroby w kategorii A na podstawie oceny według klasyfikacji Child-Pugh;<br>6) obecność przynajmniej jednej zmiany możliwej do oceny, zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST;<br>7) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o odpowiednie Charakterystyki Produktu Leczniczego oraz wytyczne Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej w leczeniu raka wątrobowokomórkowego; | **1. Leczenie raka wątrobowokomórkowego inhibitorami kinaz tyrozynowych (kabozantynibem)**<br>Dobowa dawka **kabozantynibu**: 60 mg (codziennie).<br>Każdy cykl obejmuje **28 dni** leczenia.<br><br>**2. Immunoterapia w skojarzeniu z leczeniem antyangiogennym (atezolizumabem w skojarzeniu z bewacyzumabem)**<br>Dawka **atezolizumabu**: 1200 mg<br>Dawka **bewacyzumabu**: 15 mg/kg masy ciała podawanego dożylnie.<br>Leki stosowane są pierwszego dnia cyklu trwającego **3 tygodnie**.<br>Nie ma możliwości modyfikacji dawek.<br>W przypadku, kiedy podawanie jednego z leków musi zostać zakończone z powodu objawów niepożądanych, można kontynuować leczenie drugim z leków w monoterapii. | 8) oznaczenie INR lub czasu protrombinowego;<br>9) tomografia komputerowa klatki piersiowej oraz tomografia komputerowa lub magnetyczny rezonans jamy brzusznej i miednicy;<br>10) EKG;<br>11) próba ciążowa (u kobiet w wieku rozrodczym);<br>12) pomiar ciśnienia tętniczego;<br>13) inne badania w razie wskazań klinicznych.<br>Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów RECIST.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>**2.1. Leczenia raka wątrobowokomórkowego inhibitorami kinaz tyrozynowych (kabozantynibem)**<br>1) co 4 tygodnie (lub w chwili rozpoczynania kolejnego 28-dniowego kursu, jeżeli leczenie było czasowo przerwane):<br>a) morfologia krwi z rozmazem,<br>b) oznaczenie stężenia kreatyniny, AspAT, AlAT, bilirubiny w surowicy,<br>c) oznaczenie fosfatazy alkalicznej,<br>d) pomiar ciśnienia tętniczego,<br>e) inne - w razie wskazań klinicznych;<br>2) nie rzadziej niż co 12 tygodni (lub przed zakończeniem co trzeciego 28-dniowego kursu, jeżeli leczenie było czasowo przerwane):<br>a) oznaczenie poziomu AFP w surowicy,<br>b) oznaczenie INR lub czasu protrombinowego,<br>c) tomografia komputerowa jamy brzusznej, |

| | | |
|---|---|---|
| 8) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;<br>9) brak przeciwwskazań do stosowania każdego z leków;<br>10) w przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem;<br>11) wykluczenie ciąży oraz okresu karmienia piersią.<br>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br>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.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>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.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) progresja choroby nowotworowej oceniona zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST;<br>2) pogorszenie (istotne klinicznie) stanu pacjenta w związku z nowotworem bez progresji potwierdzonej w badaniu przedmiotowym lub obrazowym;<br>3) wystąpienie toksyczności leczenia będącej zagrożeniem życia według aktualnych kryteriów klasyfikacji CTC-AE;<br>4) wystąpienie nawracającej lub nieakceptowalnej toksyczności leczenia w stopniu 3. lub 4. według aktualnych kryteriów | | d) tomografia komputerowa w innej lokalizacji – w zależności od umiejscowienia zmian przerzutowych,<br>e) EKG,<br>f) inne badania – w razie wskazań klinicznych;<br>3) zawsze w przypadku wskazań klinicznych:<br>a) oznaczenie poziomu AFP w surowicy,<br>b) oznaczenie INR lub czasu protrombinowego,<br>c) tomografia komputerowa odpowiedniej lokalizacji lub inne badanie obrazowe,<br>d) EKG.<br><br>**2.2. Immunoterapia w skojarzeniu z leczeniem antyangiogennym (atezolizumabem w skojarzeniu z bewacyzumabem).**<br>1) co 3 tygodnie lub w chwili rozpoczęcia kolejnego 21-dniowego kursu, jeżeli leczenie było czasowo przerwane:<br>a) morfologia krwi z rozmazem,<br>b) oznaczenie AspAT, AlAT, bilirubiny całkowitej,<br>c) oznaczenie glukozy,<br>d) pomiar ciśnienia tętniczego,<br>e) inne badania- w razie wskazań klinicznych;<br>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:<br>a) oznaczenie poziomu AFP w surowicy, |

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

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| **1. Kryteria kwalifikacji**<br>**1.1. Chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca z mutacją aktywującą w genie *EGFR* do leczenia pierwszej linii z zastosowaniem afatynibu albo ozymertynibu**<br>1) rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne:<br>a) raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego,<br>b) raka niedrobnokomórkowego z przewagą raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego,<br>c) raka niedrobnokomórkowego bez ustalonego podtypu (ang. *not otherwise specified* – NOS);<br>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;<br>3) stopień zaawansowania klinicznego IV (stadium uogólnienia) lub III z brakiem możliwości przeprowadzenie leczenia radykalnego (radiochemioterapia, radioterapia, chirurgia);<br>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; | **1. Dawkowanie leków w programie**<br>Dawkowanie oraz sposób modyfikacji dawkowania należy prowadzić zgodnie z zapisami aktualnych na dzień wydania decyzji Charakterystyk Produktów Leczniczych (ChPL). | **1. Badania przy kwalifikacji do leczenia**<br>1) histologiczne lub cytologiczne potwierdzenie określonego typu niedrobnokomórkowego lub drobnokomórkowego raka płuca lub międzybłoniaka opłucnej zgodnie z kryteriami kwalifikacji chorych;<br>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;<br>3) morfologia krwi z rozmazem;<br>4) oznaczenia stężenia kreatyniny;<br>5) oznaczenie stężenia bilirubiny;<br>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;<br>7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;<br>8) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej;<br>9) oznaczenie T3, T4 i TSH w przypadku stosowania inhibitorów PD-1 lub PD-L1; |

| | | |
|---|---|---|
| 5) nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (chirurgia, radioterapia);<br>6) wiek powyżej 18 roku życia;<br>7) sprawność w stopniu 0-2 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG;<br>8) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących;<br>9) czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (dalej ChPL);<br>10) czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;<br>11) nieobecność przeciwwskazań do stosowania afatynibu albo ozymertynibu określonych w ChPL;<br>12) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem.<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>**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***<br>1) rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne:<br>a) raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego,<br>b) raka niedrobnokomórkowego z przewagą raka gruczołowego lub wielkokomórkowego,<br>c) raka niedrobnokomórkowego bez ustalonego podtypu (ang. *not otherwise specified* – NOS); | | 10) lipidogram w przypadku stosowania lorlatynibu;<br>11) elektrokardiografia (EKG);<br>12) badanie TK klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza;<br>13) inne badania obrazowe w zależności od sytuacji klinicznej.<br><br>**2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia**<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) oznaczenia stężenia kreatyniny;<br>3) oznaczenie stężenia bilirubiny;<br>4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;<br>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;<br>6) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej;<br>7) oznaczenie T3, T4 i TSH w przypadku stosowania inhibitorów PD1 lub PD L1;<br>8) lipidogram w przypadku stosowania lorlatynibu;<br>9) EKG;<br>10) oznaczenie aktywności kinazy fosfokreatynowej w przypadku alektynibu albo brygatynibu.<br>W przypadku stosowania inhibitorów EGFR, ALK, i ROS1 oraz sotorasibu wymienione badania powinny być wykonywane w odstępach 4 tygodniowych przez pierwsze 3 miesiące leczenia, a następnie co 3 miesiące. |

| | | |
|---|---|---|
| 2) obecność mutacji T790M w genie *EGFR* potwierdzona z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat programu kontroli jakości dla danego testu;<br>3) progresja choroby po wcześniejszym zastosowaniu afatynibu lub dakomitynibu lub erlotynibu lub gefitynibu;<br>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;<br>5) nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (chirurgia, radioterapia);<br>6) wiek powyżej 18 roku życia;<br>7) sprawność w stopniu 0-2 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG;<br>8) czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;<br>9) czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;<br>10) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących;<br>11) nieobecność przeciwwskazań do stosowania ozymertynibu określonych w ChPL;<br>12) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem.<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>**1.3. Chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca po radykalnym leczeniu chirurgicznym do leczenia uzupełniającego z wykorzystaniem ozymertynibu i potwierdzoną obecnością mutacji w genie *EGFR***<br><br>1) obecność mutacji T790M w genie *EGFR* potwierdzona z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat programu kontroli jakości dla danego testu;<br>2) progresja choroby po wcześniejszym zastosowaniu afatynibu lub dakomitynibu lub erlotynibu lub gefitynibu;<br>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;<br>4) nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (chirurgia, radioterapia);<br>5) wiek powyżej 18 roku życia;<br>6) sprawność w stopniu 0-2 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG;<br>7) czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;<br>8) czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;<br>9) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących;<br>10) nieobecność przeciwwskazań do stosowania ozymertynibu określonych w ChPL;<br>11) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem.<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. | | W przypadku lorlatynibu - niezależnie od linii leczenia - lipidogram powinien być wykonywany przed włączeniem do leczenia, po 4-6 tygodniach i następnie co 3 miesiące.<br>W przypadku stosowania immunoterapii wymienione badania powinny być wykonywane w odstępach 4-8 tygodniowych przez pierwsze 3 miesiące leczenia, a następnie co 3 miesiące.<br>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).<br>W przypadku leczenia skojarzonego pembrolizumabem z chemioterapią lub niwolumabem w skojarzeniu z ipilimumabem i dwoma cyklami chemioterapii:<br>– pkt 1-8 przed każdym podaniem chemioterapii (w tym pemetreksedu w terapii podtrzymującej),<br>– pkt 1-8 w trakcie leczenia podtrzymującego wyłącznie pembrolizumabem co 3 miesiące.<br>W przypadku leczenia skojarzonego atezolizumabem z chemioterapią albo durwalumabem z chemioterapią w drobnokomórkowym raku płuca – wymienione badania powinny być wykonywane przed każdym cyklem.<br>W fazie leczenia podtrzymującego drobnokomórkowego raka płuca atezolizumabem albo durwalumabem – badania z pkt 1-8 co 4-8 |

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

| | | |
|---|---|---|
| 2) zaawansowanie pooperacyjne wg 8. wersji klasyfikacji TNM:<br>a) IIA i IIB oraz IIIA,<br>b) pT3pN2;<br>3) wcześniejsza radykalna (cecha R0) resekcja guza płuca i limfadenektomia węzłów chłonnych śródpiersia;<br>4) przebyta chemioterapia uzupełniająca oparta na pochodnych platyny, zgodnie z wytycznymi postępowania, w okresie do 8 tygodni przed zakwalifikowaniem do leczenia;<br>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;<br>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;<br>7) wykluczenie wcześniejszego leczenia wstępnego (neoadjuwantowego);<br>8) wiek powyżej 18 roku życia;<br>9) sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG;<br>10) czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z ChPL;<br>11) czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;<br>12) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących;<br>13) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy w trakcie suplementacji hormonalnej, łuszczycy i bielactwa; | | 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).<br><br>Oceny skuteczności leczenia (odnosi się do stosowania leczenia w stadium zaawansowanym) dokonuje się zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST.<br>Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia lekarz prowadzący określa dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym:<br>a) całkowitą (CR) lub częściową odpowiedź (PR) na leczenie,<br>b) stabilizację (SD) lub progresję choroby (PD),<br>c) całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS).<br><br>**4. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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) |

| | | |
|---|---|---|
| 14) nieobecność przeciwwskazań do stosowania atezolizumabu określonych w ChPL;<br>15) wykluczenie jednoczesnego stosowania leków ukierunkowanych molekularnie;<br>16) ustąpienie lub zmniejszenie do 1. stopnia niepożądanych działań związanych z wcześniejszym leczeniem (wyjątek: utrata owłosienia);<br>17) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem;<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>**1.5. Chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca z rearanżacją w genie ALK lub ROS1 do leczenia z wykorzystaniem substancji czynnej:**<br>– **kryzotynib (rearanżacja genów *ALK* lub *ROS1*) w pierwszej i kolejnej linii leczenia (chorzy z niepowodzeniem wcześniejszej chemioterapii),**<br>– **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),**<br>– **lorlatynib (rearanżacja genu *ALK*) w leczeniu pierwszej i kolejnej linii leczenia (chorzy po niepowodzeniu leczenia z zastosowaniem inhibitora ALK drugiej generacji),**<br>– **entrektynib (rearanżacja genu *ROS1*) w pierwszej i kolejnej linii leczenia (chorzy z niepowodzeniem wcześniejszej chemioterapii)**<br>1) rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne:<br>a) raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego,<br>b) raka niedrobnokomórkowego z przewagą raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego, | | oraz czas do progresji (PFS) i całkowite przeżycie (OS)), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;<br>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej) zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ. |

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

| | | |
|---|---|---|
| **1.6. Chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca do leczenia pierwszej linii (dotyczy wyłącznie chorych, u których nie była wcześniej stosowana immunoterapia lub immunochemioterapia) z wykorzystaniem substancji czynnej pembrolizumab albo atezolizumab albo cemiplimab albo niwolumab w skojarzeniu z ipilimumabem:**<br>– **rak płaskonabłonkowy lub niepłaskonabłonkowy z ekspresją PD-L1 ≥ 50% – pembrolizumab albo atezolizumabem albo cemiplimab w monoterapii,**<br>– **rak niepłaskonabłonkowy z ekspresją PD-L1 < 50% – pembrolizumab w skojarzeniu z pemetreksedem i pochodną platyny,**<br>– **rak płaskonabłonkowy lub NOS z ekspresją PD-L1 < 50% – pembrolizumab w skojarzeniu z paklitakselem i karboplatyną,**<br>– **rak płaskonabłonkowy lub niepłaskonabłonkowy lub NOS z ekspresją PD-L1 < 50% – niwolumab w skojarzeniu z ipilimumabem i chemioterapią (2 cykle) opartą o pochodne platyny**<br>1) rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne niedrobnokomórkowego raka płuca;<br>2) ocena ekspresji PD-L1 na komórkach nowotworowych na podstawie zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat programu kontroli jakości dla danego testu:<br>a) odsetek komórek nowotworowych z ekspresją PD-L1 50% lub większy – kryterium kwalifikacji do stosowania pembrolizumabu albo atezolizumabu albo cemiplimabu w monoterapii,<br>b) odsetek komórek nowotworowych z ekspresją PD-L1 poniżej 50% – kryterium kwalifikacji do stosowania pembrolizumabu albo niwolumabu i ipilimumabu w skojarzeniu z chemioterapią;<br>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);<br>4) stopień zaawansowania klinicznego IV (stadium uogólnienia) lub III z brakiem możliwości przeprowadzenia leczenia radykalnego (radiochemioterapia, radioterapia, chirurgia);<br>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;<br>6) nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (chirurgia, radioterapia);<br>7) wiek powyżej 18 roku życia;<br>8) sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG;<br>9) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących;<br>10) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy, łuszczycy i bielactwa;<br>11) czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;<br>12) czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;<br>13) nieobecność przeciwwskazań do stosowania pembrolizumabu, atezolizumabu, cemiplimabu, niwolumabu i ipilimumabu, pemetreksedu, paklitakselu, pochodnych platyny określonych w odpowiednich ChPL;<br>14) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem.<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. | | |

| | | |
|---|---|---|
| **1.7. Chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca do leczenia kolejnej linii z zastosowaniem niwolumabu albo atezolizumabu we wszystkich typach niedrobnokomórkowego raka płuca (dotyczy wyłącznie chorych, u których nie była wcześniej stosowana immunoterapia lub immunochemioterapia)**<br>1) rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne niedrobnokomórkowego raka płuca (wszystkie typy);<br>2) wykluczenie mutacji w genie *EGFR* oraz rearanżacji genu *ALK* i *ROS1* w przypadku raka gruczołowego, wielkokomórkowego lub niedrobnokomórkowego raka płuca NOS;<br>3) stopień zaawansowania klinicznego IV (stadium uogólnienia) lub III z brakiem możliwości przeprowadzenia leczenia radykalnego (radiochemioterapia, radioterapia, chirurgia);<br>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;<br>5) nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (chirurgia, radioterapia);<br>6) wiek powyżej 18 roku życia;<br>7) sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG;<br>8) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących;<br>9) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy, łuszczycy i bielactwa;<br>10) czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL; | | |

| | | |
|---|---|---|
| 11) czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;<br>12) nieobecność przeciwwskazań do stosowania niwolumabu lub atezolizumabu określonych w ChPL;<br>13) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem.<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>**1.8. Chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca o typie gruczołowym do leczenia kolejnej linii (chorzy z niepowodzeniem wcześniejszej chemioterapii, immunoterapii, chemioimmunoterapii) z zastosowaniem nintedanibu**<br>1) rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne raka gruczołowego płuca;<br>2) wykluczenie obecności mutacji w genie *EGFR* oraz rearanżacji genów *ALK* i *ROS1*;<br>3) stopień zaawansowania klinicznego IV (stadium uogólnienia) lub III z brakiem możliwości przeprowadzenia leczenia radykalnego (radiochemioterapia, radioterapia, chirurgia);<br>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;<br>5) nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (chirurgia, radioterapia);<br>6) wiek powyżej 18 roku życia;<br>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);<br>9) wykluczenie współwystępowania choroby zakrzepowo-zatorowej;<br>10) czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;<br>11) czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;<br>12) nieobecność przeciwwskazań do stosowania nintedanibu i docetakselu określonych w ChPL;<br>13) wykluczenie wcześniejszego stosowania docetakselu oraz leków antyangiogennych;<br>14) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem.<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>**1.9. Chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca po niepowodzeniu co najmniej jednej wcześniejszej linii leczenia systemowego (immunoterapia lub immunochemioterapia lub chemioterapia z zastosowaniem związków platyny) z mutacją G12C w genie KRAS z zastosowaniem sotorasibu**<br>1) rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne:<br>a) raka gruczołowego lub raka niedrobnokomórkowego z przewagą raka gruczołowego,<br>b) raka wielkokomórkowego;<br>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);<br>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;<br>5) nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (chirurgia, radioterapia);<br>6) wiek powyżej 18 roku życia;<br>7) stan sprawności w stopniu 0-2 wg klasyfikacji WHO lub ECOG;<br>8) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących;<br>9) czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;<br>10) czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;<br>11) nieobecność przeciwwskazań do stosowania sotorasibu określonych w aktualnej ChPL;<br>12) wykluczenie jednoczesnego stosowania chemioterapii oraz innych leków ukierunkowanych molekularnie;<br>13) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem;<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>**1.10. Chorych na miejscowo zaawansowanego, nieoperacyjnego niedrobnokomórkowego raka płuca do leczenia konsolidującego durwalumabem** | | |

| | | |
|---|---|---|
| 1) rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne niedrobnokomórkowego raka płuca (wszystkie typy);<br>2) zaawansowanie kliniczne w stopniu III – chorzy po radykalnej jednoczasowej radiochemioterapii z zastosowaniem pochodnych platyny;<br>3) brak progresji choroby po radiochemioterapii jednoczasowej – stan potwierdzony w badaniu tomografii komputerowej (TK wykonanym w okresie do 6 tygodni po zakończeniu radioterapii);<br>4) stan sprawności 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG;<br>5) wiek powyżej 18 roku życia;<br>6) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących;<br>7) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy, niedoczynności tarczycy, łuszczycy i bielactwa;<br>8) czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;<br>9) czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;<br>10) Nieobecność przeciwwskazań do stosowania durwalumabu określonych w ChPL;<br>11) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem.<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>**1.11. 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)**<br>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;<br>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;<br>4) wiek powyżej 18 roku życia;<br>5) stopień sprawności 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG;<br>6) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących;<br>7) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyjątkiem cukrzyc, niedoczynności tarczycy, łuszczycy, wyprysku, liszaja płaskiego i bielactwa;<br>8) nieobecność przeciwwskazań do zastosowania chemioterapii w tym odpowiednia czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;<br>9) czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;<br>10) nieobecność przeciwwskazań do stosowania atezolizumabu albo durwalumabu określonych w ChPL;<br>11) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem;<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>**1.12. Chorych na międzybłoniaka opłucnej do leczenia pierwszej linii (chorzy wcześniej nie poddawani leczeniu systemowemu) z zastosowaniem niwolumabu i ipilimumabu** | | |

| | | |
|---|---|---|
| 1) rozpoznanie międzybłoniaka opłucnej niekwalifikującego się do leczenia radykalnego;<br>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;<br>3) nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (chirurgia, radioterapia);<br>4) wiek powyżej 18 roku życia;<br>5) sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG;<br>6) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących;<br>7) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy, łuszczycy i bielactwa;<br>8) czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;<br>9) czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;<br>10) nieobecność przeciwwskazań do stosowania niwolumabu i ipilimumabu określonych w ChPL;<br>11) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem.<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>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.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>**2.1. Inhibitory kinazy tyrozynowej EGFR (afatynib, ozymertynib) lub ALK/ROS1 (kryzotynib, entrektynib, alektynib, brygatynib, lorlatynib) lub inhibitor angiogenezy (nintedanib) lub inhibitor KRAS (sotorasib)**<br>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.<br>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;<br>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;<br>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);<br>5) w czasie leczenia konieczne jest wykonywanie badań obrazowych (dodatkowe badania obrazowe wykonuje się w zależności od sytuacji klinicznej):<br>a) przed leczeniem – do 28 dni przed zastosowaniem pierwszej dawki leku,<br>b) w czasie leczenia – co 3 miesiące przez pierwsze 2 lata leczenia, a następnie co 6 miesięcy (dotyczy chorych z utrzymującymi się korzyściami klinicznymi);<br>6) badania obrazowe obejmują ocenę według aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST:<br>a) zmiany pierwotnej – badanie tomografii komputerowej (TK) klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza,<br>b) zmian przerzutowych – badanie TK lub inne badania obrazowe (np. magnetyczny rezonans – MR, pozytonowa tomografia emisyjna – PET).<br>**2.2. Inhibitory PD-1 (pembrolizumab, cemiplimab, niwolumab, niwolumab w skojarzeniu z ipilimumabem) lub PD-L1 (atezolizumab)**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z zasadami terapii oraz z kryteriami wyłączenia z programu.<br>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;<br>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;<br>3) w przypadku pojawienia się w trakcie leczenia jednej do trzech – nowych – zmian poza ośrodkowym układem nerwowym (OUN) u chorych leczonych systemowo inhibitorami immunologicznych punktów kontrolnych dopuszcza się kontynuowanie leczenia po zastosowaniu miejscowego leczenia ablacyjnego (najczęściej radioterapia stereotaktyczna wysokodawkowa lub chirurgia);<br>4) w przypadku pojawienia się w trakcie leczenia nowych zmian w obrębie OUN u chorych leczonych inhibitorami immunologicznych punktów kontrolnych dopuszcza się kontynuowanie leczenia po zastosowaniu miejscowego leczenia ablacyjnego (radioterapia, radioterapia stereotaktyczna wysokodawkowa lub chirurgia); nie dotyczy atezolizumabu stosowanego w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego;<br>5) w czasie leczenia konieczne jest wykonywanie badań obrazowych (dodatkowe badania obrazowe wykonuje się w zależności od sytuacji klinicznej):<br>a) przed leczeniem – do 28 dni przed zastosowaniem pierwszej dawki leku,<br>b) w czasie leczenia – co 3 miesiące przez pierwsze 2 lata leczenia, a następnie co 6 miesięcy (dotyczy chorych z utrzymującymi się korzyściami klinicznymi);<br>6) badania obrazowe obejmują ocenę według aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST:<br>a) zmiany pierwotnej – badanie tomografii komputerowej (TK) klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza,<br>b) zmian przerzutowych – badanie TK lub inne badania obrazowe (np. magnetyczny rezonans – MR, pozytonowa tomografia emisyjna – PET);<br>7) w przypadku leczenia atezolizumabem w drobnokomórkowym raku płuca dopuszcza się profilaktyczną radioterapię OUN w trakcie stosowania atezolizumabu w fazie leczenia podtrzymującego (monoterapia); | | |

| | | |
|---|---|---|
| **2.3. Inhibitor PD-L1 (durwalumab)**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z zasadami oraz kryteriami wyłączenia z programu.<br>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;<br>2) stosowanie durwalumabu w leczeniu drobnokomórkowego raka płuca (pkt 1.11) jest prowadzone do stwierdzenia progresji choroby lub wystąpienia nieakceptowalnej toksyczności;<br>3) w czasie leczenia konieczne jest wykonywanie badań obrazowych (dodatkowe badania obrazowe wykonuje się w zależności od sytuacji klinicznej):<br>a) w leczeniu konsolidującym:<br>– przed leczeniem – w okresie do 6 tygodni od zakończenia radiochemioterapii,<br>– w czasie leczenia – co 3 miesiące,<br>b) w leczeniu drobnokomórkowego raka płuca:<br>– w czasie leczenia łącznie z chemioterapią – przed trzecim (3.) cyklem leczenia,<br>– w trakcie monoterapii – przed pierwszym (1.) cyklem i następnie co 3 cykle leczenia;<br>4) badania obrazowe obejmują ocenę według aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST:<br>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).<br><br>**3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) wystąpienie progresji choroby potwierdzonej w badaniu przedmiotowym lub obrazowym ocenionej według aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST<br>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),<br>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),<br>c) powyższa sytuacja (oligoprogresja) nie dotyczy chorych leczonych konsolidująco durwalumabem po radiochemioterapii oraz chorych leczonych na drobnokomórkowego raka płuca z udziałem atezolizumabu albo durwalumabu, jak również nie dotyczy chorych w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego z zastosowaniem atezolizumbu;<br>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;<br>4) wystąpienie toksyczności leczenia wymagającej zakończenia leczenia zgodnie z aktualnie obowiązującą ChPL;<br>5) wystąpienie istotnej klinicznie nadwrażliwości na lek lub na substancję pomocniczą;<br>6) obniżenie stanu sprawności do stopnia 3-4 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG;<br>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;<br>8) pogorszenie jakości życia chorego o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;<br>9) wycofanie zgody na udział w programie (rezygnacja chorego);<br>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:**<br>**1) trabektedyną (II lub III lub IV linia leczenia)**<br>Zastosowanie nie więcej niż 3 linii wcześniejszej chemioterapii.<br>Udokumentowana progresja choroby podczas przynajmniej jednej linii chemioterapii z udziałem doksorubicyny lub ifosfamidu zastosowanej z powodu zaawansowanego miejscowo (nieresekcyjnego) lub przerzutowego mięsaka o typie histologicznym tłuszczakomięsaka (liposarcoma) lub mięsaka gładkokomórkowego (leiomyosarcoma).<br>**2) pazopanibem (I lub II lub III lub IV linia leczenia)**<br>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.<br><br>**Leczenie mięsaków tkanek miękkich w programie obejmuje:**<br>**1) leczenie mięsaków tkanek miękkich lekami cytotoksycznymi (trabektedyna)**<br>albo | **1. Leczenie mięsaków tkanek miękkich lekami cytotoksycznymi (trabektedyną)**<br>Zalecana dawka **trabektedyny** wynosi 1,5 mg/m$^2$ powierzchni ciała.<br>Lek podawany jest w cyklach co 21 dni.<br><br>**2. Leczenie mięsaków tkanek miękkich inhibitorami kinaz tyrozynowych (pazopanibem)**<br>Zalecana dawka **pazopanibu** wynosi 800 mg dziennie.<br>Każdy cykl obejmuje 28 dni leczenia.<br><br>Dopuszczalne jest zmniejszenie wymienionych powyżej dawek zgodnie z aktualnymi ChPL poszczególnych leków. | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) histologiczne potwierdzenie określonego typu mięsaka zgodnie z kryteriami włączenia;<br>2) morfologia krwi z rozmazem;<br>3) oznaczenie stężenia hemoglobiny;<br>4) oznaczenie stężenia kreatyniny lub klirensu kreatyniny;<br>5) oznaczenie stężenia bilirubiny;<br>6) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej;<br>7) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej;<br>8) oznaczenie stężenia TSH w przypadku **pazopanibu**;<br>9) oznaczenie stężenia kinazy kreatynowej w przypadku **trabektedyny**;<br>10) oznaczenie stężenia albuminy w surowicy w przypadku **trabektedyny**;<br>11) oznaczenie aktywność fosfatazy zasadowej w przypadku **trabektedyny**;<br>12) inne badania laboratoryjne w razie wskazań klinicznych;<br>13) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym;<br>14) TK lub MR wybranej partii ciała pozwalające na ocenę lokalizacji, w której stwierdza się zmiany nowotworowe konieczne dla monitorowania leczenia; |

| | | |
|---|---|---|
| **2) leczenie mięsaków tkanek miękkich inhibitorami kinaz tyrozynowych (pazopanib).**<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) wiek powyżej 18. roku życia;<br>2) w przypadku leczenia trabektedyną rozpoznanie histopatologiczne nieresekcyjnego (miejscowo zaawansowanego lub przerzutowego) jednego z niżej wymienionych mięsaków tkanek miękkich:<br>a) tłuszczakomięsaka (liposarcoma),<br>b) mięsaka gładkokomórkowego (leiomyosarcoma).<br>3) w przypadku leczenia pazopanibem rozpoznanie histopatologiczne nieresekcyjnego (miejscowo zaawansowanego lub przerzutowego) mięsaka tkanek miękkich z wyjątkiem następujących typów:<br>a) tłuszczakomięsak (wszystkie podtypy),<br>b) mięśniakomięsak prążkowanokomórkowy inne niż pleomorficzny lub pęcherzykowy,<br>c) chrzęstniakomięsak,<br>d) mięsak kościopochodny,<br>e) mięsak Ewinga/PNET,<br>f) GIST,<br>g) włókniakomięsak guzowaty skóry,<br>h) zapalny guz miofibroblastyczny (ang. inflammatory myofibroblastic sarcoma),<br>i) międzybłoniak,<br>j) mieszany guz mezodermalny trzonu macicy (ang. mixed mesodermal tumor of the uterus); | | 15) TK lub MR mózgu – w przypadku osób z podejrzeniem przerzutów do ośrodkowego układu nerwowego (tj. w przypadku objawów ze strony ośrodkowego układu nerwowego oraz u osób po wcześniejszej resekcji lub napromienianiu przerzutów);<br>16) elektrokardiogram (EKG) – w przypadku **pazopanibu**;<br>17) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych.<br>Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów RECIST.<br><br>**2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia**<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) oznaczenie stężenia hemoglobiny;<br>3) oznaczenia stężenia kreatyniny lub klirensu kreatyniny;<br>4) oznaczenie stężenia bilirubiny;<br>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;<br>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;<br>7) inne badania w zależności od wskazań klinicznych.<br><br>Badania wykonuje się:<br>**1) w przypadku trabektedyny:**<br>Raz w tygodniu podczas dwóch pierwszych cykli leczenia oraz co najmniej przed zastosowaniem leku w kolejnych cyklach leczenia.<br>**2) w przypadku pazopanibu:**<br>Nie rzadziej niż co 28 dni lub przed wznowieniem leczenia (jeśli było czasowo przerwane) i zawsze w przypadku wskazań klinicznych.<br><br>**3. Monitorowanie skuteczności leczenia** |

| | | |
|---|---|---|
| 4) obecność przynajmniej jednej zmiany mierzalnej, zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST;<br>5) stan sprawności 0-2 według kryteriów ECOG;<br>6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnych Charakterystyk Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL);<br>7) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o odpowiednie aktualne ChPL;<br>8) nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (leczenie chirurgiczne lub radioterapia) oraz nieobecność istotnych klinicznie objawów neurologicznych i potrzeby zwiększenia dawki glikokortykosteroidów w ciągu ostatniego miesiąca przed włączeniem do programu;<br>9) nieobecność innych nowotworów niekontrolowanych leczeniem;<br>10) brak przeciwwskazań do stosowania każdego z leków zgodnie z zapisami aktualnych ChPL;<br>11) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią.<br>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. | | 1) TK lub MR odpowiedniego obszaru;<br>2) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych.<br>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.<br>Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzana zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST.<br><br>**4. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) 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**<br>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);<br>2) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;<br>3) długotrwałe pogorszenie sprawności ogólnej do stopnia 3-4 według kryteriów ECOG;<br>4) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;<br>5) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia;<br>6) okres ciąży lub karmienia piersią;<br>7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów. | | |

Załącznik B.9.FM.

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

| 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:<br>1) trastuzumab;<br>2) pertuzumab;<br>3) trastuzumab emtanzyna;<br>4) lapatynib;<br>5) tukatynib;<br>6) trastuzumab derukstekan.<br>W leczeniu przedoperacyjnym stosowany jest: trastuzumab lub trastuzumab z pertuzumabem.<br>W leczeniu uzupełniającym stosowany jest: trastuzumab oraz trastuzumab emtanzyna.<br><br>W programie istnieje jednorazowa możliwość zastosowania terapii lekowej z użyciem trastuzumabu emtanzyny.<br><br>W leczeniu anty-HER2 przerzutowego lub miejscowo zawansowanego raka piersi (gdy radykalne leczenie miejscowe jest nieskuteczne lub niemożliwe do | **1. Leczenie wczesnego raka piersi**<br>**1.1. Leczenie wczesnego, HER2-dodatniego raka piersi**<br>Dawka nasycająca trastuzumabu dożylnego podawanego co 3 tygodnie: 8mg/kg m.c. (pierwszy cykl leczenia).<br>Dawka podtrzymująca trastuzumabu dożylnego podawanego co 3 tygodnie: 6 mg/kg m.c. (kolejne cykle leczenia).<br>Dawka nasycająca trastuzumabu dożylnego podawanego co tydzień: 4 mg/kg m.c. (pierwszy cykl leczenia).<br>Dawka podtrzymująca trastuzumabu dożylnego podawanego co tydzień: 2 mg/kg m.c. (kolejne cykle leczenia).<br>Dawka trastuzumabu podskórnego: 600 mg (w każdym cyklu).<br>Dawka nasycająca pertuzumabu: 840mg (pierwszy cykl leczenia).<br>Dawka podtrzymująca pertuzumabu: 420mg (kolejne cykle leczenia). | **1. Leczenie wczesnego raka piersi**<br>**1.1. Leczenie wczesnego, HER2-dodatniego raka piersi**<br>**1.1.1. Wykaz badań przy kwalifikacji**<br>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),<br>b) morfologia krwi z rozmazem,<br>c) stężenie kreatyniny,<br>d) aktywność AlAT,<br>e) aktywność AspAT,<br>f) stężenie bilirubiny,<br>g) USG lub tomografia komputerowa jamy brzusznej,<br>h) RTG lub tomografia komputerowa klatki piersiowej, |

| | | |
|---|---|---|
| zastosowania), stosowane są zgodnie z numerami linii określonymi w punktach 2.1.1.-2.1.6.:<br>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;<br>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;<br>3) trastuzumab emtanzyna i lapatynib z kapecytabiną w drugiej lub trzeciej linii leczenia, a w pierwszej tylko, gdy była stosowana terapia przedoperacyjna lub uzupełniająca trastuzumabem i czas od jej zakończenia do nawrotu wynosi nie więcej niż 12 miesięcy lub nawrót wystąpił w jej trakcie;<br>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;<br>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.<br><br>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:<br>1) palbocyklibem;<br>2) rybocyklibem; | Każdy cykl leczenia obejmuje 21 dni niezależnie od rytmu stosowania trastuzumabu.<br><br>Dawka trastuzumabu emtanzyny: 3,6 mg/kg m.c. (co 3 tygodnie).<br><br>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.<br><br>W programie lekowym trastuzumab podaje się:<br>1) po zakończeniu chemioterapii adjuwantowej z antracyklinami;<br>2) po zakończeniu chemioterapii adjuwantowej z antracyklinami w skojarzeniu z paklitakselem lub docetakselem;<br>3) w skojarzeniu z chemioterapią adjuwantową z użyciem docetakselu i karboplatyny;<br>4) w skojarzeniu z chemioterapią adjuwantową z użyciem paklitakselu w monoterapii;<br>5) w skojarzeniu z chemioterapią przedoperacyjną i następnie w terapii adjuwantowej;<br>6) w skojarzeniu z pertuzumabem i chemioterapią przedoperacyjną i następnie w terapii adjuwantowej. | i) scyntygrafia kośćca (w zależności od oceny klinicznej),<br>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,<br>k) EKG,<br>l) badanie ECHO,<br>m) konsultacja kardiologiczna – wyłącznie u pacjentów ze współistniejącymi istotnymi schorzeniami układu sercowo-naczyniowego i ze wskazań klinicznych.<br><br>**1.1.2. Monitorowanie leczenia**<br>1) badania wykonywane nie rzadziej niż:<br>a) raz na 3 tygodnie podczas stosowania chemioterapii i trastuzumabu emtanzyny,<br>b) raz na 3 miesiące podczas stosowania trastuzumabu w monoterapii:<br>– 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,<br>– aktywność AlAT,<br>– aktywność AspAT,<br>– stężenie bilirubiny; |

| | | |
|---|---|---|
| 3) abemacyklibem;<br>4) alpelisybem;<br>5) talazoparybem;<br>6) olaparybem.<br><br>W leczeniu uzupełniającym luminalnego HER2-ujemnego raka piersi oraz potrójnie ujemnego raka piersi stosowany jest:<br>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.<br><br>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.:<br>1) inhibitory CDK4/6 (abemacyklib albo palbocyklib albo rybocyklib) w skojarzeniu z inhibitorem aromatazy w pierwszej lub drugiej linii leczenia;<br>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;<br>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;<br>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). | Całkowity czas aktywnej terapii trastuzumabem trwa:<br>a) maksymalnie 12 miesięcy lub maksymalnie 18 podań co 3 tygodnie (w tym w schemacie określonym w pkt 4)<br>albo<br>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<br><br>Pooperacyjne podawanie trastuzumabu należy wznowić jak najszybciej po przeprowadzonym leczeniu operacyjnym.<br><br>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.<br><br>Całkowity czas aktywnej terapii pertuzumabem w leczeniu przedoperacyjnym (neoadjuwantowym) w skojarzeniu z trastuzumabem i chemioterapią to:<br>a) od 3 do 6 podań pertuzumabu w skojarzeniu z trastuzumabem i chemioterapią<br>albo | 2) badania wykonywane nie rzadziej niż co 6 tygodni:<br>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);<br>Dobór badań musi umożliwić ocenę odpowiedzi na leczenie.<br>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):<br>a) EKG,<br>b) ECHO.<br><br>**1.2. Leczenie wczesnego, HER2-ujemnego i potrójnie ujemnego raka piersi z obecnością mutacji w genach BRCA**<br>**1.2.1. Wykaz badań przy kwalifikacji**<br>a) potwierdzenie obecności mutacji germinalnej BRCA1/2 (możliwe wykorzystanie badania wykonanego wcześniej);<br>b) potwierdzenie braku ekspresji receptora HER2 i określenie stanu steroidowych receptorów hormonalnych; |

| | | |
|---|---|---|
| W programie istnieje jednorazowa możliwość zastosowania terapii lekowej z użyciem inhibitorów PARP.<br><br>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:<br>1) pembrolizumabem;<br>2) talazoparybem;<br>3) olaparybem;<br>4) sacytuzumabem gowitekan.<br>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.<br><br>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.:<br>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;<br>2) talazoparyb albo olaparyb w monoterapii w pierwszej lub drugiej lub trzeciej linii leczenia przerzutowego lub miejscowo zaawansowanego potrójnie | 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.<br><br>W przypadku przerwania terapii trastuzumabem przerywa się stosowanie pertuzumabu.<br><br>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).<br><br>Całkowity czas aktywnej terapii trastuzumabem emtanzyną wyłącznie w leczeniu pooperacyjnym (adjuwantowym) HER2-dodatniego raka piersi):<br>a) obejmuje maksymalnie 14 podań,<br>albo<br>b) trwa do wystąpienia nawrotu choroby,<br>albo<br>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.<br>Pacjenci, u których wcześniejsze zakończenie leczenia trastuzumabem emtanzyną spowodowane | c) morfologia krwi z rozmazem;<br>d) stężenie kreatyniny;<br>e) stężenie bilirubiny;<br>f) aktywność AlAT;<br>g) aktywność AspAT;<br>h) USG lub tomografia komputerowa jamy brzusznej lub tomografia komputerowa jamy brzusznej i miednicy (wykonanie badania w zależności od oceny sytuacji klinicznej);<br>i) RTG lub tomografia komputerowa klatki piersiowej (wykonanie badania w zależności od oceny sytuacji klinicznej);<br>j) scyntygrafia kośćca (wykonanie badania w zależności od oceny sytuacji klinicznej);<br>k) inne badania w razie wskazań klinicznych.<br><br>**1.2.2. Monitorowanie leczenia**<br>a) morfologia krwi z rozmazem;<br>b) oznaczenie stężenia w surowicy:<br>– kreatyniny,<br>– bilirubiny;<br>– oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT);<br>c) inne badania w razie wskazań klinicznych.<br><br>Badania wykonuje się przed rozpoczęciem każdego cyklu leczenia olaparybem. |

ujemnego raka piersi z obecnością mutacji germinalnych w genach BRCA 1/2, gdy leczenie miejscowe jest nieskuteczne lub niemożliwe do zastosowania pacjenci musieli otrzymać wcześniej chemioterapię zawierającą taksoid lub antracyklinę w leczeniu 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

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;

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

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

1) potwierdzony histologicznie inwazyjny rak piersi;
2) udokumentowana nadekspresja receptora HER2 w komórkach raka inwazyjnego (wynik/3+/ w badaniu IHC) lub amplifikacja genu HER2 (wynik /+/ w badaniu ISH);
3) stopień zaawansowania:
   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:

**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

| | | |
|---|---|---|
| – wyjściowo średnica guza powyżej 5mm lub cecha cN1, jeżeli chore otrzymały systemowe leczenie przedoperacyjne (w tym zawierające trastuzumab lub pertuzumab w skojarzeniu z trastuzumabem i chemioterapią),<br>lub<br>– 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,<br>albo<br>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;<br>albo<br>e) wyłącznie w przypadku leczenia pooperacyjnego (adjuwantowego) trastuzumabem emtanzyną:<br>– pierwotny stopień zaawansowania I-III,<br>oraz<br>– zakończona przedoperacyjna chemioterapia zawierająca taksoid i przedoperacyjna terapia anty-HER2,<br>oraz<br>– potwierdzenie patomorfologiczne obecności choroby resztkowej w piersi lub węzłach chłonnych pachy;<br>4) przebyte leczenie chirurgiczne lub planowane leczenie chirurgiczne o założeniu radykalnym polegające na:<br>a) amputacji piersi oraz wycięciu pachowych węzłów chłonnych lub biopsji węzła wartowniczego, której wynik nie uzasadnia wykonania limfadenektomii | albo<br>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.<br><br>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.<br>**1.3.1. Czas leczenia**<br>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.<br>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.<br><br>**2. Leczenie przerzutowego raka piersi**<br>**2.1. Leczenie przerzutowego raka piersi HER2-dodatniego** | (neoadjuwantowym) pembrolizumabem – punkty f-g,<br>– nie rzadziej niż raz na 3 miesiące w przypadku leczenia pooperacyjnego (adjuwantowego) pembrolizumabem – punkty a-g;<br>2) badania obrazowe (wybór metody w zależności od wyjściowej metody obrazowej):<br>a) ECHO serca,<br>b) USG piersi z dołami pachowymi.<br><br>Badania wykonuje się:<br>– nie rzadziej niż raz na 3 miesiące (częściej, gdy są wskazania kliniczne) – w przypadku leczenia pembrolizumabem – punkty a-b.<br><br>W celu monitorowania terapii i oceny odpowiedzi na leczenie, w uzasadnionych sytuacjach klinicznych, możliwe jest zamienne wykonanie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego piersi).<br>Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia.<br><br>**2. Leczenie przerzutowego lub miejscowo zawansowanego raka piersi**<br>**2.1. Wykaz badań przy kwalifikacji** |

| | | |
|---|---|---|
| lub<br>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).<br>Przedmiotowe kryterium kwalifikacji nie ma zastosowania w przypadku pacjentów kwalifikowanych na podstawie pkt 3) lit. d)<br>5) wartość LVEF co najmniej 50%;<br>6) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym postępowaniem farmakologicznym chorób współwystępujących stanowiących przeciwwskazanie do leczenia;<br>7) sprawność w stopniu 0-1 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG;<br>8) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;<br>9) w przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem.<br>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>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.<br><br>**1.2. Leczenie wczesnego HER2-ujemnego i potrójnie ujemnego raka piersi w programie obejmuje:**<br>**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).<br>Dawka podtrzymująca trastuzumabu dożylnego podawanego co 3 tygodnie: 6 mg/kg m.c. (kolejne cykle leczenia).<br>Dawka nasycająca trastuzumabu dożylnego podawanego co tydzień: 4 mg/kg m.c. (pierwszy cykl leczenia).<br>Dawka podtrzymująca trastuzumabu dożylnego podawanego co tydzień: 2 mg/kg m.c. (kolejne cykle leczenia).<br>Dawka trastuzumabu podskórnego: 600 mg (w każdym cyklu).<br><br>W terapii przerzutowego raka piersi trastuzumab podaje się:<br>a) w skojarzeniu z chemioterapią lub inhibitorem aromatazy<br>lub<br>b) w monoterapii<br>lub<br>c) w skojarzeniu z pertuzumabem i docetakselem<br><br>Dawka nasycająca pertuzumabu: 840mg (pierwszy cykl leczenia).<br>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),<br>b) badanie mutacji germinalnej BRCA 1/2 (możliwe wykorzystanie badania wykonanego wcześniej) – tylko w przypadku talazoparybu albo olaparybu,<br>c) potwierdzona mutacja genu PIK3CA z wykorzystaniem zwalidowanego testu - tylko w przypadku alpelisybu (możliwe wykorzystanie badania wykonanego wcześniej),<br>d) potwierdzenie ekspresji PD-L1 z CPS (combined positive score) ≥ 10 oznaczonej zwalidowanym testem – tylko w przypadku pembrolizumabu,<br>e) morfologia krwi z rozmazem,<br>f) stężenie kreatyniny,<br>g) aktywność AlAT,<br>h) aktywność AspAT,<br>i) stężenie bilirubiny,<br>j) poziom TSH i fT4 – tylko w przypadku leczenia pembrolizumabem,<br>k) stężenie glukozy na czczo – tylko w przypadku leczenia alpelisybem oraz pembrolizumabem,<br>l) odsetek hemoglobiny glikowanej HbA1c – tylko w przypadku alpelisybu, |

| | | |
|---|---|---|
| <u>Kryteria kwalifikacji wczesnego, HER2-ujemnego raka piersi:</u><br>1) wiek 18 lat i powyżej;<br>2) potwierdzony histologicznie inwazyjny rak piersi bez przerzutów odległych (tj. cecha M0 w klasyfikacji TNM);<br>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));<br>4) obecność patogennej lub prawdopodobnie patogennej mutacji w genie BRCA 1 lub w BRCA2 (germinalnej);<br>5) zakończone miejscowe leczenie chirurgiczne piersi lub węzłów pachowych (chorzy po zabiegach chirurgicznych muszą ukończyć radioterapię adjuwantową o ile jest wskazana);<br>6) ukończenie chemioterapii adjuwantowej lub neoadjuwantowej;<br>a) rak piersi potrójnie ujemny:<br>- 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);<br>- w przypadku chorych którzy otrzymali chemioterapię neoadjuwantową - nieuzyskanie całkowitej odpowiedzi potwierdzone w badaniu patomorfologicznym (non-pCR);<br>lub<br>b) rak piersi z udokumentowaną ekspresją steroidowych receptorów hormonalnych:<br>- w przypadku chorych pierwotnie poddanych leczeniu operacyjnemu lub hormonoterapii przedoperacyjnej - obecność choroby przerzutowej w węzłach chłonnych; | Dawka docetakselu: 75-100mg/m2 (w każdym cyklu)<br><br>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.<br><br>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.<br><br>Zalecana maksymalna dobowa dawka lapatynibu: 1250mg / dobę (codziennie).<br>Zalecana maksymalna dobowa dawka kapecytabiny w skojarzeniu z lapatynibem: 2000 mg/m2 powierzchni ciała (dwie dawki podzielone) w dniach 1- 14 w cyklach 21- dniowych.<br>Dawka trastuzumabu emtanzyny: 3,6 mg/kg m.c. (co 3 tygodnie).<br>Maksymalna dobowa dawka tukatynibu: 600 mg / dobę (codziennie).<br>Dawka nasycająca trastuzumabu dożylnego w skojarzeniu z tukatynibem podawanego co 3 tygodnie: 8mg/kg m.c. (pierwszy cykl leczenia). | 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,<br>n) RTG lub tomografia komputerowa klatki piersiowej (wykonane w ciągu ostatnich 8 tygodni) – wybór rodzaju badania w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian,<br>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,<br>p) scyntygrafia kośćca (wykonanie badania w zależności od oceny sytuacji klinicznej),<br>q) EKG,<br>r) ECHO serca – tylko w przypadku leczenia anty-HER2 oraz leczenia pembrolizumabem,<br>s) konsultacja kardiologiczna - jedynie w przypadku wskazań klinicznych dotyczących wydolności układu sercowo-naczyniowego lub nieprawidłowych wyników EKG lub ECH, |

| | | |
|---|---|---|
| - w przypadku chorych którzy otrzymali chemioterapię neoadjuwantową - nieuzyskanie całkowitej odpowiedzi potwierdzone w badaniu patomorfologicznym (non-pCR);<br>7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego;<br>8) brak przeciwwskazań do stosowania olaparybu;<br>9) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym postępowaniem farmakologicznym chorób współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do leczenia;<br>10) sprawność w stopniu 0-1 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG;<br>11) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;<br>12) w przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem.<br>Powyższe kryteria muszą być spełnione łącznie.<br><br>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.<br><br>**1.3. Leczenie okołooperacyjne potrójnie ujemnego raka piersi w programie obejmuje:**<br>**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 | Dawka podtrzymująca trastuzumabu dożylnego w skojarzeniu z tukatynibem podawanego co 3 tygodnie: 6 mg/kg m.c. (kolejne cykle leczenia).<br>Dawka trastuzumabu podskórnego w skojarzeniu z tukatynibem podawanego co 3 tygodnie: 600 mg (w każdym cyklu).<br><br>Każdy cykl leczenia trastuzumabu w skojarzeniu z tukatynibem obejmuje 21 dni.<br><br>Maksymalna dobowa dawka kapecytabiny w skojarzeniu z tukatynibem: 2000 mg/m2 powierzchni ciała (dwie dawki podzielone) w dniach 1- 14 w cyklach 21- dniowych.<br><br>Dawka trastuzumabu derukstekanu: 5,4 mg/kg m.c. (co 3 tygodnie).<br><br>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.<br>**2.1.2. Czas leczenia**<br>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. | t) tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny mózgu (tylko gdy są wskazania kliniczne).<br>Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów RECIST.<br><br>**2.2. Monitorowanie leczenia**<br>1) badania laboratoryjne:<br>a) morfologia krwi z rozmazem,<br>b) stężenie kreatyniny,<br>c) aktywność AlAT,<br>d) aktywności AspAT,<br>e) stężenie bilirubiny,<br>f) stężenie glukozy na czczo – tylko w przypadku alpelisybu i pembrolizumabu,<br>g) odsetek hemoglobiny glikowanej HbA1c - tylko w przypadku alpelisybu,<br>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,<br>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), |

| | | |
|---|---|---|
| na potrójnie ujemnego raka piersi miejscowo zaawansowanego lub we wczesnym stadium z dużym ryzykiem nawrotu<br><br>Kryteria kwalifikacji do leczenia wczesnego, potrójnie ujemnego raka piersi:<br>1) wiek 18 lat i powyżej;<br>2) potwierdzony i dotychczas nieleczony potrójnie ujemny rak piersi;<br>3) udokumentowany brak ekspresji steroidowych receptorów hormonalnych (<1%);<br>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));<br>5) kliniczny stopień zaawansowania T1-4 i N1-N2 lub T2-T4 i N0<br>6) wartość LVEF co najmniej 50%;<br>7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego;<br>8) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;<br>9) sprawność w stopniu 0-1 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG;<br>10) brak przeciwwskazań do stosowania pembrolizumabu i chemioterapii;<br>11) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym postępowaniem farmakologicznym chorób współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do leczenia;<br>12) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy w trakcie suplementacji hormonalnej, łuszczycy i bielactwa;<br>13) w przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem.<br>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. | **2.2. Leczenie przerzutowego raka piersi HER2-ujemnego**<br>Zalecana maksymalna dawka dobowa palbocyklibu:125 mg/dobę (codziennie przez 21 dni, następnie przerwa 7 dni, 1 cykl trwa 28 dni).<br>Zalecana maksymalna dawka dobowa rybocyklibu: 600mg/ dobę (codziennie przez 21 dni, następnie przerwa 7 dni, 1 cykl trwa 28 dni).<br>Zalecana maksymalna dawka dobowa abemacyklibu: 300 mg/dobę (codziennie, 1 cykl trwa 28 dni).<br>Zalecana maksymalna dobowa dawka alpelisybu: 300 mg / dobę (codziennie).<br>Zalecana maksymalna dobowa dawka talazoparybu: 1 mg / dobę (codziennie).<br>Zalecana maksymalna dobowa dawka olaparybu: 600 mg/dobę (codziennie).<br>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).<br>Dawka dobowa inhibitorów aromatazy stosowanych w skojarzeniu z inhibitorami CDK4/6:<br>a) letrozol: 2,5mg/dobę,<br>b) anastrozol: 1 mg/dobę,<br>c) eksemestan:25 mg/ dobę.<br><br>W przypadku wystąpienia toksyczności związanej z inhibitorem CDK 4/6 podawanie cyklibu może być czasowo wstrzymane, a hormonoterapia może być | j) oznaczenie poziomu TSH i fT4 – tylko w przypadku leczenia pembrolizumabem.<br><br>Badania wykonuje się:<br>– 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,<br>– przed każdym cyklem leczenia – w przypadku leczenia trastuzumabem emtanzyną oraz trastuzumabem derukstekanem,<br>– dodatkowo morfologia przed każdym podaniem paklitakselu – w przypadku leczenia trastuzumabem w skojarzeniu z paklitakselem,<br>– 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,<br>– 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 |

| | | |
|---|---|---|
| Ponadto do programu lekowego w zakresie leczenia okołooperacyjnego potrójnie ujemnego raka piersi kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.<br><br>**2. Leczenie przerzutowego raka piersi**<br>**2.1. Leczenie przerzutowego, HER2-dodatniego raka piersi w programie obejmuje:**<br>**2.1.1.** leczenie przerzutowego raka piersi pertuzumabem w skojarzeniu z trastuzumabem i docetakselem (I linia leczenia przerzutowego raka piersi)<br>albo<br>**2.1.2.** leczenie przerzutowego raka piersi trastuzumabem (I lub kolejne linie leczenia przerzutowego raka piersi)<br>albo<br>**2.1.3.** leczenie przerzutowego raka piersi trastuzumabem emtanzyną (I lub II lub III linia leczenia przerzutowego raka piersi)<br>albo<br>**2.1.4.** leczenie przerzutowego raka piersi lapatynibem w skojarzeniu z kapecytabiną (I lub II lub III linia leczenia przerzutowego raka piersi)<br>albo<br>**2.1.5.** leczenie przerzutowego raka piersi tukatynibem w skojarzeniu z trastuzumabem i kapecytabiną (II, III lub IV linia leczenia przerzutowego raka piersi)<br>albo<br>**2.1.6.** leczenie przerzutowego raka piersi trastuzumabem derukstekanem (II lub III lub IV linia leczenia anty-HER2 przerzutowego raka piersi). | kontynuowana. Maksymalne opóźnienie w podaniu kolejnej dawki inhibitora nie może przekraczać 28 dni.<br><br>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.<br><br>**2.2.2. Czas leczenia**<br>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.<br><br>**2.3. Leczenie przerzutowego potrójnie ujemnego raka piersi**<br>Zalecana maksymalna dawka pembrolizumabu u osób dorosłych to 200 mg co 3 tygodnie lub 400 mg co 6 tygodni, podawana we wlewie dożylnym.<br>Zalecana maksymalna dobowa dawka talazoparybu: 1 mg / dobę (codziennie).<br>Zalecana maksymalna dobowa dawka olaparybu: 600 mg/dobę (codziennie).<br>Zalecana maksymalna dawka sacytuzumabu gowitekanu: 10 mg/kg mc. (podawana w 1. i 8. dniu każdego 21-dniowego cyklu). | badania oznaczone w ppkt a)-g) wykonywane co 3 miesiące - w przypadku leczenia alpelisybem,<br>– morfologia co miesiąc lub w przypadku wskazań klinicznych, pozostałe badania nie rzadziej niż co 3 miesiące - w przypadku leczenia talazoparybem oraz olaparybem,<br>– przed każdym podaniem leczenia – w przypadku leczenia sacytuzumabem gowitekan,<br>– podczas stosowania tukatynibu w skojarzeniu z trastuzumabem i kapecytabiną badania wykonuje przed każdym cyklem leczenia<br>– przed każdym cyklem leczenia w przypadku stosowania pembrolizumabu – punkty a-e,<br>– nie rzadziej niż raz na 6 tygodni w przypadku w leczenia przerzutowego raka piersi pembrolizumabem – punkt f oraz j;<br>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:<br>a) EKG,<br>b) ECHO, |

| | | |
|---|---|---|
| Kryteria kwalifikacji do leczenia przerzutowego raka piersi HER2-dodatniego:<br>1) potwierdzony histologicznie inwazyjny rak piersi:<br>a) uogólniony (IV stopień zaawansowania)<br>lub<br>b) miejscowo zaawansowany lub nawrotowy rak piersi, jeśli radykalne leczenie miejscowe (chirurgia, radioterapia) jest nieskuteczne lub trwale niemożliwe do zastosowania (III stopień zaawansowania);<br>2) udokumentowana nadekspresja receptora HER2 w komórkach raka inwazyjnego (wynik/3+/ w badaniu IHC) lub amplifikacja genu HER2 (wynik /+/ w badaniu ISH);<br>3) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według aktualnej klasyfikacji RECIST;<br>4) sprawność w stopniu 0-2 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG;<br>5) wartość LVEF co najmniej 50%;<br>6) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym postępowaniem farmakologicznym chorób współwystępujących stanowiących przeciwwskazanie do leczenia;<br>7) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;<br>8) w przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem.<br>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>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 | Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.<br><br>**2.3.1. Czas leczenia**<br>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,<br>d) TK klatki piersiowej – w zależności od wskazań klinicznych lub podejrzenia śródmiąższowego zapalenia płuc;<br>3) badania obrazowe wykonywane nie rzadziej niż co 3 miesiące (wybór metody w zależności od wyjściowej metody obrazowej):<br>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),<br>b) RTG lub tomografia komputerowa klatki piersiowej (w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian),<br>c) scyntygrafia kości lub inne badanie obrazowe (w zależności od sposobu oceny odpowiedzi na leczenie),<br>d) odsetek hemoglobiny glikowanej HbA1c – tylko w przypadku alpelisybu,<br>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,<br>f) tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny mózgu (jedynie chore z przerzutami w mózgu). |

| | | |
|---|---|---|
| badań klinicznych tych leków, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.<br><br>**2.2. Leczenie przerzutowego, HER2-ujemnego raka piersi w programie obejmuje:**<br>**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)<br>albo<br>**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)<br>albo<br>**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)<br>albo<br>**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).<br>W programie istnieje jednorazowa możliwość zastosowania terapii lekowej z użyciem inhibitorów CDK4/6.<br><br><u>Kryteria kwalifikacji do leczenia przerzutowego HER2-ujemnego raka piersi:</u><br>1) wiek 18 lat i powyżej;<br>2) potwierdzony histologicznie zaawansowany rak piersi, tj.:<br>a) rak piersi uogólniony (IV stopień zaawansowania) | | g) ECHO serca (jedynie w przypadku pembrolizumabu);<br><br>Badania wykonuje się:<br>– nie rzadziej niż co 3 miesiące – w przypadku leczenia talazoparybem oraz olaparybem,<br>– nie rzadziej niż co 9 tygodni oraz w ostatnim dniu 20 tygodnia leczenia (+/- 7 dni) – w przypadku leczenia sacytuzumabem gowitekanem,<br>– nie rzadziej niż raz na 3 miesiące (w zależności od wskazań klinicznych) – w przypadku leczenia pembrolizumabem.<br><br>W celu monitorowania leczenia dopuszcza się wykonywanie innych badań obrazowych koniecznych do oceny zmian według aktualnych kryteriów RECIST w zależności od sytuacji klinicznej.<br><br>Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na |

| | | |
|---|---|---|
| lub<br>b) miejscowo zaawansowany, jeśli radykalne leczenie miejscowe (chirurgia, radioterapia) jest nieskuteczne lub niemożliwe do zastosowania (III stopień zaawansowania);<br>3) udokumentowana ekspresja steroidowych receptorów hormonalnych ⩾1%;<br>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));<br>5) udokumentowana obecność mutacji genu PIK3CA – tylko w przypadku alpelisybu;<br>6) udokumentowana obecność patogennej lub prawdopodobnie patogennej mutacji w genie BRCA1 lub w BRCA2 (germinalnej) – tylko w przypadku talazoparybu oraz olaparybu;<br>7) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według aktualnej klasyfikacji RECIST;<br>8) stan:<br>a) pomenopauzalny zdefiniowany jako (do wyboru jedna z poniższych opcji):<br>– stan po obustronnym usunięciu jajników,<br>– brak miesiączki przez ostatnie 12 m-cy (bez innych przyczyn),<br>– brak miesiączki nie spełniający powyższych wymogów oraz pomenopauzalne stężenia estradiolu, FSH i LH,<br>b) przed- lub okołomenopauzalny – wszystkie chore nie spełniające kryteriów stanu pomenopauzalnego (w takim przypadku hormonoterapię należy skojarzyć z agonistą hormonu uwalniającego hormon luteinizujący (LHRH)).<br>Kryterium kwalifikacji tylko w przypadku zastosowania inhibitorów CDK4/6;<br>9) kobiety w stanie pomenopauzalnym zdefiniowanym jako (do wyboru jedna z poniższych opcji):<br>a) stan po obustronnym usunięciu jajników, | | żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) w przypadku terapii z wykorzystaniem substancji czynnej sacytuzumab gowitekan przekazywanie za pośrednictwem rejestru SMPT danych dotyczących wskaźników efektywności terapii:<br>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,<br>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,<br>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%;<br>4) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje |

| | | |
|---|---|---|
| b) brak miesiączki przez ostatnie 12 m-cy (bez innych przyczyn),<br>c) brak miesiączki nie spełniający powyższych wymogów oraz pomenopauzalne stężenia estradiolu, FSH i LH,<br>lub mężczyźni.<br>Kryterium kwalifikacji tylko w przypadku zastosowania alpelisybu;<br>10) sprawność w stopniu 0-2 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG;<br>11) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym postępowaniem farmakologicznym chorób współwystępujących stanowiących przeciwwskazanie do leczenia;<br>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).<br>Dopuszczalne leczenie przedoperacyjne/uzupełniające:<br>a) inhibitorem aromatazy, o ile czas od zakończenia leczenia do nawrotu wynosi więcej niż 12 miesięcy<br>albo<br>b) leczenie tamoksyfenem niezależnie od czasu do wystąpienia nawrotu (także nawrót w trakcie hormonoterapii).<br>Kryterium kwalifikacji tylko w przypadku zastosowania inhibitorów CDK4/6;<br>13) w przypadku skojarzenia abemacyklibu lub palbocyklibu lub rybocyklibu z fulwestrantem:<br>a) brak wcześniejszego leczenia systemowego z powodu zaawansowanego raka piersi – dotyczy jedynie rybocyklibu i abemacyklibu w skojarzeniu z fulwestrantem<br>lub | | przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ. |

| | | |
|---|---|---|
| b) progresja raka piersi w trakcie lub w ciągu 12 miesięcy od zakończenia hormonoterapii uzupełniającej inhibitorem aromatazy<br>lub<br>c) progresja raka piersi w trakcie lub w ciągu 1 miesiąca od zakończenia hormonoterapii I rzutu.<br>Dopuszczalne jest uprzednie stosowanie jednej linii chemioterapii z powodu zaawansowanego raka piersi (przed lub po hormonoterapii I rzutu).<br>Kryterium kwalifikacji tylko w przypadku zastosowania inhibitorów CDK4/6;<br>14) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;<br>15) nieobecność masywnych przerzutów do narządów trzewnych, stanowiących bezpośrednie zagrożenie życia;<br>16) nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (chirurgia, radioterapia);<br>17) w przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem.<br>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>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.<br><br>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:**<br>**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)<br>albo<br>**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)<br>albo<br>**2.3.3.** leczenie przerzutowego potrójnie ujemnego raka piersi w monoterapii sacytuzumabem gowitekanem (II lub III lub IV linia leczenia TNBC).<br><br><u>Kryteria kwalifikacji do leczenia przerzutowego potrójnie ujemnego raka piersi:</u><br>1) wiek 18 lat i powyżej;<br>2) potwierdzony histologicznie zaawansowany rak piersi, tj.:<br>a) rak piersi uogólniony (IV stopień zaawansowania)<br>lub<br>b) miejscowo zaawansowany, jeśli radykalne leczenie miejscowe (chirurgia, radioterapia) jest nieskuteczne lub niemożliwe do zastosowania (III stopień zaawansowania);<br>3) histologicznie potwierdzony potrójnie ujemny rak piersi;<br>4) udokumentowany brak ekspresja steroidowych receptorów hormonalnych ⩾1%;<br>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;<br>7) udokumentowana potwierdzona ekspresja PD-L1 z CPS (combined positive score) ≥ 10 oznaczona zwalidowanym testem – tylko w przypadku pembrolizumabu;<br>8) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według aktualnej klasyfikacji RECIST;<br>9) sprawność w stopniu 0-1 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG;<br>10) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;<br>11) nieobecność masywnych przerzutów do narządów trzewnych, stanowiących bezpośrednie zagrożenie życia;<br>12) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym postępowaniem farmakologicznym chorób współwystępujących stanowiących przeciwwskazanie do leczenia;<br>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;<br>14) w przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem.<br>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>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.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) progresja choroby oceniona zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST;<br>2) pogorszenie (istotne klinicznie) stanu pacjenta w związku z nowotworem bez progresji potwierdzonej w badaniu przedmiotowym lub obrazowym;<br>3) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL;<br>4) obniżenie sprawności:<br>a) do stopnia 2-4 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG– w przypadku leczenia wczesnego HER2-dodatniego raka piersi oraz potrójnie ujemnego raka piersi,<br>b) do stopnia 3-4 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG– w przypadku leczenia przerzutowego HER2-ujemnego lub HER2-dodatniego raka piersi;<br>5) wystąpienie nadwrażliwości na lek, białko mysie lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuacje leczenia;<br>6) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;<br>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;<br>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***<br>1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie raka nerkowokomórkowego z komponentem jasnokomórkowym;<br>2) pośrednie wysokie lub wysokie ryzyko wznowy raka nerki lub chory w stadium M1 bez objawów choroby (NED, No Evidence of Disease):<br>a) pośrednie-wysokie ryzyko:<br>– pT2 ze stopniem złośliwości histologicznej 4 (ang. Grade 4) lub cechami mięsakowatymi, bez zajęcia węzłów chłonnych (N0) i przerzutów odległych (M0),<br>– pT3, każdy stopień złośliwości histologicznej bez zajęcia węzłów chłonnych (N0) i przerzutów odległych (M0),<br>b) wysokie ryzyko:<br>– pT4, każdy stopień złośliwości histologicznej bez zajęcia węzłów chłonnych (N0) i przerzutów odległych (M0),<br>– dowolny pT, każdy stopień złośliwości histologicznej z zajęciem węzłów chłonnych i nieobecnością przerzutów odległych (M0),<br>c) stadium M1 bez objawów choroby: | **1. Dawkowanie *pembrolizumabu***<br>Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (dalej ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną.<br>Dopuszczalne jest zmniejszenie dawek leków zgodnie z aktualną ChPL. | **1. Badania przy kwalifikacji do leczenia *pembrolizumabem***<br>1) rozpoznanie histopatologiczne raka nerkowokomórkowego z komponentem jasnokomórkowym;<br>2) morfologia krwi z rozmazem;<br>3) oznaczenia stężenia kreatyniny;<br>4) oznaczenie stężenia bilirubiny;<br>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;<br>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej<br>7) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH);<br>8) oznaczenie stężenia fT4 i TSH;<br>9) oznaczenie skorygowanego stężenia wapnia w surowicy;<br>10) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej;<br>11) oznaczenie poziomu glukozy;<br>12) oznaczenie jonogramu (sód, potas);<br>13) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym;<br>14) inne badania laboratoryjne w razie wskazań klinicznych; |

| | | |
|---|---|---|
| – stan po wykonaniu nefrektomii radykalnej lub oszczędzającej i przeprowadzeniu doszczętnej resekcji przerzutów<br>lub<br>– stan po wykonaniu nefrektomii radykalnej lub oszczędzającej i przeprowadzeniu stereotaktycznej radioterapii wszystkich przerzutów z uzyskaniem ich remisji;<br>3) brak wcześniejszego leczenia systemowego raka nerki lub radioterapii (nie dotyczy radioterapii stereotaktycznej przerzutów raka nerki);<br>4) czas do rozpoczęcia leczenia uzupełniającego pembrolizumabem:<br>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,<br>b) w przypadku choroby z przerzutami (chorzy z cechą M1) stosowanie pembrolizumabu należy rozpocząć przed upływem 12 tygodni od leczenia miejscowego zmian przerzutowych;<br>5) ukończony 18. rok życia;<br>6) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;<br>7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami w aktualnej ChPL;<br>8) brak przeciwwskazań do stosowania leku określonych w aktualnej ChPL;<br>9) stan sprawności wg skali ECOG 0-1; | | 15) badanie metodą komputerowej tomografii (KT) lub magnetycznego rezonansu (MR) mózgu, klatki piersiowej/jamy brzusznej/miednicy;<br>16) elektrokardiogram (EKG);<br>17) pomiar ciśnienia tętniczego;<br>18) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych.<br>Wstępne badania obrazowe muszą potwierdzić nieobecność ognisk aktywnej choroby.<br><br>**2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia**<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) oznaczenia stężenia kreatyniny;<br>3) oznaczenie stężenia bilirubiny;<br>4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;<br>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;<br>6) oznaczenie stężenia hormonu fT4 i TSH;<br>7) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej;<br>8) oznaczenie poziomu glukozy;<br>9) oznaczenie jonogramu (sód, potas, wapń);<br>10) elektrokardiogram (EKG)- wg wskazań klinicznych;<br>11) pomiar ciśnienia tętniczego;<br>12) inne badania laboratoryjne w razie wskazań klinicznych.<br>Badania wykonuje się nie rzadziej niż co 6 tygodni albo przed następnym podaniem leku, jeśli przerwa między podaniami jest dłuższa niż 6 tygodni.<br>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;<br>11) niewystępowanie stanów klinicznych, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają włączenie terapii.<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>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.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) wystąpienie nawrotu nowotworu;<br>2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na *pembrolizumab* lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>3) ciąża lub okres karmienia piersią;<br>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;<br>5) utrzymujące się istotne pogorszenie stanu sprawności ogólnej lub jakości życia uniemożliwiające kontynuację leczenia;<br>6) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają prowadzenie leczenia;<br>7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych | | **3. Monitorowanie skuteczności leczenia**<br>1) badanie metodą komputerowej tomografii (KT) lub magnetycznego rezonansu (MR) mózgu, klatki piersiowej/jamy brzusznej/miednicy;<br>2) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych.<br><br>Badania wykonuje się:<br>1) badania klatki piersiowej/jamy brzusznej/miednicy wykonuje się nie rzadziej niż co 12 tygodni; obrazowanie mózgu i kości - w przypadku wystąpienia objawów klinicznych;<br>2) w ciągu miesiąca po zakończeniu leczenia;<br>3) w chwili wyłączenia z programu, o ile wyłączenie nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby.<br>Wykonane badania obrazowe muszą umożliwić potwierdzenie utrzymywania się stanu wolnego od choroby albo stwierdzenie nawrotu choroby.<br><br>**4. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej) zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ. |

| | | |
|---|---|---|
| oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy. | | |
| **I LINIA LECZENIA** | | |
| **1. Kryteria kwalifikacji**<br>Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych substancji czynnych.<br><br>**1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji**<br>1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie:<br>a) raka nerkowokomórkowego z wyłączeniem raka z kanalików zbiorczych - w przypadku *kabozantynibu*, *pazopanibu*,<br>b) raka nerkowokomórkowego z komponentem raka jasnokomórkowego lub sarkomatycznym - w przypadku *niwolumabu* z *ipilimumabem*,<br>c) raka nerkowokomórkowego - w przypadku *temsyrolimusu*;<br>2) nowotwór w stadium zaawansowanym bez możliwości radykalnego leczenia miejscowego;<br>3) brak wcześniejszego leczenia farmakologicznego zaawansowanego raka nerki – w przypadku *pazopanibu* możliwa wcześniejsza immunoterapia z wykorzystaniem cytokin;<br>4) stan sprawności według skali Karnofsky'ego 70-100 (dla *temsyrolimusu* 60-100);<br>5) ukończony 18. rok życia; | **1. Dawkowanie**<br>Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (dalej ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną.<br>Dopuszczalne jest zmniejszenie dawek leków zgodnie z aktualną ChPL. | **1. Badania przy kwalifikacji do leczenia *kabozantynibem, niwolumabem*** w połączeniu z ***ipilimumabem, pazopanibem, temsyrolimusem***<br>1) rozpoznanie histopatologiczne raka nerkowokomórkowego;<br>2) morfologia krwi z rozmazem;<br>3) oznaczenie stężenia kreatyniny we krwi;<br>4) oznaczenie stężenia bilirubiny we krwi;<br>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;<br>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;<br>7) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH);<br>8) oznaczenie stężenia TSH i fT4 - dla *ipilimumabu* z *niwolumabem*, *kabozantynibu*;<br>9) oznaczenie skorygowanego stężenia wapnia w surowicy;<br>10) badanie ogólne moczu – dla *kabozantynibu*;<br>11) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej;<br>12) oznaczenie stężeń cholesterolu oraz trójglicerydów- dla *temsyrolimusu*;<br>13) oznaczenie stężenia glukozy we krwi;<br>14) inne badania laboratoryjne w razie wskazań klinicznych;<br>15) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym (jeśli wskazany klinicznie);<br>16) elektrokardiogram (EKG);<br>17) pomiar ciśnienia tętniczego; |

| | | |
|---|---|---|
| 6) uprzednie usunięcie guza pierwotnego lub odstąpienie od nefrektomii potwierdzone udokumentowaną decyzją konsylium multidyscyplinarnego;<br>7) zmiany możliwe do obiektywnej oceny w badaniach obrazowych (wg aktualnej wersji RECIST);<br>8) nieobecność aktywnych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze wycięcie przerzutów lub stereotaktyczna radioterapia, o ile po leczeniu utrzymuje się stan bezobjawowy);<br>9) w przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem;<br>10) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwskazanie do rozpoczęcia terapii w oparciu o aktualną ChPL;<br>11) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL;<br>12) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;<br>13) zgoda pacjenta na zapobieganie ciąży zgodnie z aktualną ChPL stosowanych leków.<br><br>**1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii**<br>**1.2.1. *pazopanibem***<br>1) korzystne lub pośrednie rokowanie według skali International Metastatic Renal Cell Carcinoma Database Consortium (dalej IMDC);<br>**1.2.2. *kabozantynibem***<br>1) pośrednie lub niekorzystne rokowanie według skali IMDC;<br>**1.2.3. *temsyrolimusem*** | | 18) badanie TK klatki piersiowej i jamy brzusznej;<br>19) badanie RTG klatki piersiowej – wyłącznie w przypadkach możliwości przeprowadzenia pomiaru zmian chorobowych oraz oceny odpowiedzi na leczenie;<br>20) badanie TK lub MR mózgu – w przypadku osób z podejrzeniem przerzutów do ośrodkowego układu nerwowego (tj. w przypadku objawów ze strony ośrodkowego układu nerwowego oraz u osób po wcześniejszym leczeniu miejscowym przerzutów);<br>21) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych.<br>Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów RECIST.<br><br>**2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia**<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) oznaczenie stężenia kreatyniny we krwi;<br>3) oznaczenie stężenia bilirubiny we krwi;<br>4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;<br>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;<br>6) badanie ogólne moczu – dla *kabozantynibu*;<br>7) oznaczenie stężeń cholesterolu i trójglicerydów – dla *temsyrolimusu;*<br>8) oznaczenie stężenia fT4 i TSH - dla *ipilimumabu z niwolumabem, kabozantynibu;*<br>9) pomiar ciśnienia tętniczego;<br>10) inne badania w razie wskazań klinicznych.<br><br>Badania wykonuje się: |

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

| | | |
|---|---|---|
| 2) w przypadku oligoprogresji (progresja nie więcej niż 5 ognisk w nie więcej niż 3 narządach, w tym w ośrodkowym układzie nerwowym), dopuszcza się kontynuację leczenia pod warunkiem zastosowania radykalnego leczenia miejscowego (chirurgia, radioterapia stereotaktyczna) tych ognisk, o ile pacjent odnosi korzyści kliniczne i utrzymuje się odpowiedź lub stabilizacja pozostałych zmian chorobowych;<br>3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;<br>4) ciąża lub okres karmienia piersią;<br>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;<br>6) utrzymujące się istotne pogorszenie stanu sprawności ogólnej lub jakości życia uniemożliwiające kontynuację leczenia;<br>7) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają prowadzenie leczenia;<br>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;<br>9) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy. | | Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzana zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST.<br>Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa leczenia pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy ust. 4 powinno być prowadzone jednakowo jak w przypadku pozostałych pacjentów.<br><br>**4. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej) zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ;<br>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. |

| | | |
|---|---|---|
| **4. Kontynuacja leczenia pacjentów po zakończeniu finansowania w ramach chemioterapii niestandardowej**<br>1) z dniem 1 kwietnia 2018 r. do programu kwalifikowani mogą być pacjenci, których leczenie było finansowane do tego dnia w ramach programu chemioterapii niestandardowej;<br>2) kwalifikacja, o której mowa w pkt 1, dotyczy leczenia tą samą substancją czynną, która była finansowana w ramach programu chemioterapii niestandardowej;<br>3) pacjenci, o których mowa w pkt 1, nie muszą spełniać w chwili kwalifikacji innych kryteriów wymaganych do włączenia do programu;<br>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.<br><br>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem badań klinicznych tych leków, jeśli dotyczyły pierwszej linii leczenia, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. | | |
| **II LINIA LECZENIA** | | |
| **1. Kryteria kwalifikacji**<br>Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych substancji czynnych.<br><br>**1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji** | **1. Dawkowanie**<br>Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (dalej ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną. | **1. Badania przy kwalifikacji do leczenia *aksytynibem, kabozantynibem, niwolumabem***<br>1) rozpoznanie histopatologiczne raka nerkowokomórkowego;<br>2) morfologia krwi z rozmazem;<br>3) oznaczenia stężenia kreatyniny we krwi; |

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

| | | |
|---|---|---|
| 11) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL;<br>12) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;<br>13) zgoda pacjenta na zapobieganie ciąży zgodnie z aktualną ChPL stosowanych leków.<br><br>**1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii**<br>**1.2.1. *aksytynibem***<br>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;<br>2) brak wcześniejszego leczenia *aksytynibem;*<br>**1.2.2. *kabozantynibem***<br>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;<br>2) brak wcześniejszego leczenia *kabozantynibem;*<br>**1.2.3. *niwolumabem***<br>1) udokumentowane niepowodzenie wcześniejszego leczenia raka nerki z zastosowaniem wielokinazowych inhibitorów o działaniu antyangiogennym; | | **2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia**<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) oznaczenia stężenia kreatyniny;<br>3) oznaczenie stężenia bilirubiny;<br>4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;<br>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;<br>6) badanie ogólne moczu – dla *kabozantynibu*;<br>7) oznaczenie stężenia fT4 i TSH - *dla kabozantynibu* i *niwolumabu*;<br>8) pomiar ciśnienia tętniczego;<br>9) inne badania w razie wskazań klinicznych.<br>Badania wykonuje się nie rzadziej niż co 4-8 tygodni.<br>Badania monitorujące bezpieczeństwo mogą być wykonywane częściej w przypadku wskazań klinicznych.<br><br>**3. Monitorowanie skuteczności leczenia**<br>1) badanie KT lub MR odpowiedniego obszaru;<br>2) badanie RTG klatki piersiowej - jeżeli nie jest wykonywane badanie KT;<br>3) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych.<br><br>Badania wykonuje się:<br>1) nie rzadziej niż co 12 tygodni (z możliwością opóźnienia do 2 tyg. w przypadku wystąpienia przerw w leczeniu);<br>2) w przypadku prowadzenia leczenia dłużej niż przez 3 lata badania obrazowe mogą być wykonywane nie rzadziej niż co 6 miesięcy (z możliwością opóźnienia do 4 tyg. w przypadku wystąpienia przerw w leczeniu); |

| | | |
|---|---|---|
| 2) brak wcześniejszego leczenia raka nerki inhibitorami punktów kontrolnych układu immunologicznego (o aktywności anty-PD-1/ PD-L1, anty-CTLA4) w tym leczenia adjuwantowego;<br>3) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem zespołu Sjögrena, bielactwa, cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy (leczonej wyłącznie suplementacją hormonalną), łuszczycy niewymagającej leczenia systemowego;<br>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);<br>5) brak nadwrażliwości na przeciwciała monoklonalne w wywiadzie.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) udokumentowana progresja według aktualnych kryteriów RECIST (w przypadku niwolumabu z możliwością potwierdzenia progresji w kolejnym badaniu po upływie 4-8 tygodni);<br>2) w przypadku oligoprogresji (progresja nie więcej niż 5 ognisk w nie więcej niż 3 narządach, w tym w ośrodkowym układzie nerwowym), dopuszcza się kontynuację leczenia pod warunkiem zastosowania radykalnego leczenia miejscowego | | 3) w chwili wyłączenia z programu, o ile nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby i zawsze w przypadku wystąpienia wskazań klinicznych.<br>Wykonane badania obrazowe muszą umożliwić obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.<br>Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzana zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST.<br>Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa leczenia pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy ust. 4 powinno być prowadzone jednakowo jak w przypadku pozostałych pacjentów.<br><br>**4. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej) zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ;<br>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. |

| | | |
|---|---|---|
| (chirurgia, radioterapia stereotaktyczna), o ile pacjent odnosi korzyści kliniczne i utrzymuje się odpowiedź lub stabilizacja pozostałych zmian chorobowych;<br>3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;<br>4) ciąża lub okres karmienia piersią;<br>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;<br>6) utrzymujące się istotne pogorszenie stanu sprawności ogólnej lub jakości życia uniemożliwiające kontynuację leczenia;<br>7) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają prowadzenie leczenia;<br>8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy.<br><br>**4. Kontynuacja leczenia pacjentów po zakończeniu finansowania w ramach chemioterapii niestandardowej**<br>1) z dniem 1 kwietnia 2018 r. do programu kwalifikowani mogą być pacjenci, których leczenie było finansowane do tego dnia w ramach programu chemioterapii niestandardowej;<br>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;<br>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.<br><br>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem badań klinicznych tych leków, jeśli dotyczyły one drugiej linii leczenia, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. | | |
| **III LINIA LECZENIA** | | |
| **1. Kryteria kwalifikacji**<br>Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych substancji czynnych.<br><br>**1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji**<br>1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie:<br>a) raka nerkowokomórkowego z wyłączeniem raka z kanalików zbiorczych - w przypadku *kabozantynibu*,<br>b) raka nerkowokomórkowego z komponentem raka jasnokomórkowego lub sarkomatycznym – w przypadku *niwolumabu*;<br>2) nowotwór w stadium zaawansowanym bez możliwości radykalnego leczenia miejscowego; | **1. Dawkowanie**<br>Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (dalej ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną.<br>Dopuszczalne jest zmniejszenie dawek leków zgodnie z aktualną ChPL. | **1. Badania przy kwalifikacji do leczenia *kabozantynibem, niwolumabem***<br>1) rozpoznanie histopatologiczne raka nerkowokomórkowego;<br>2) morfologia krwi z rozmazem;<br>3) oznaczenie stężenia kreatyniny we krwi;<br>4) oznaczenie stężenia bilirubiny we krwi;<br>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;<br>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;<br>7) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH);<br>8) oznaczenie stężenia TSH i fT4;<br>9) oznaczenie skorygowanego stężenia wapnia w surowicy;<br>10) badanie ogólne moczu – dla *kabozantynibu*;<br>11) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej; |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) udokumentowana progresja według aktualnych kryteriów RECIST (w przypadku niwolumabu z możliwością potwierdzenia progresji w kolejnym badaniu po upływie 4-8 tygodni);<br>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;<br>3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;<br>4) ciąża lub okres karmienia piersią;<br>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;<br>6) utrzymujące się istotne pogorszenie stanu sprawności ogólnej lub jakości życia uniemożliwiające kontynuację leczenia;<br>7) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają prowadzenie leczenia;<br>8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych | | **4. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej) zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ;<br>4) w przypadku pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy ust. 4 pkt 1, nie jest wymagane uzupełnianie danych i informacji w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. |

| | | |
|---|---|---|
| oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy.<br><br>**4. Kontynuacja leczenia pacjentów po zakończeniu finansowania w ramach chemioterapii niestandardowej**<br>1) z dniem 1 kwietnia 2018 r. do programu kwalifikowani mogą być pacjenci, których leczenie było finansowane do tego dnia w ramach programu chemioterapii niestandardowej;<br>2) kwalifikacja, o której mowa w pkt 1, dotyczy leczenia tą samą substancją czynną, która była finansowana w ramach programu chemioterapii niestandardowej;<br>3) pacjenci, o których mowa w pkt 1, nie muszą spełniać w chwili kwalifikacji innych kryteriów wymaganych do włączenia do programu;<br>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.<br><br>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem badań klinicznych tych leków, jeśli dotyczyły one trzeciej linii leczenia, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. | | |

Załącznik B.12.FM.

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

| 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:<br>1) w I linii leczenia – *obinutuzmabem w skojarzeniu z chemioterapią (CHOP, CVP lub bendamustyną)*;<br>2) w II i kolejnych liniach leczenia – *obinutuzmabem w skojarzeniu z bendamustyną*<br>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br>Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2. albo 1.3.) dla poszczególnych terapii.<br>**1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji**<br>1) potwierdzona histologicznie diagnoza chłoniaka grudkowego;<br>2) wiek 18 lat i powyżej;<br>3) stan sprawności 0-2 według skali ECOG;<br>4) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;<br>5) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń;<br>6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów | **1. Dawkowanie leków**<br>**1.1. obinutuzumab w skojarzeniu z chemioterapią (CHOP, CVP lub bendamustyną) w I linii leczenia**<br>1.1.1. Leczenie indukujące – obinutuzumab w skojarzeniu z chemioterapią (CHOP, CVP lub bendamustyną)<br>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.<br>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.<br><br>Chemioterapia: | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym);<br>2) ocena wydolności wątroby:<br>a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),<br>b) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST),<br>c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;<br>3) ocena wydolności nerek:<br>a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,<br>b) oznaczenie wskaźnika eGFR,<br>c) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi;<br>4) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH);<br>5) badania obrazowe pozwalające na ocenę stopnia zaawansowania choroby (TK lub PET-TK lub NMR);<br>6) badanie histologiczne węzła chłonnego lub tkanki pozawęzłowej, w tym ocena obecności antygenu CD20 – w przypadku kwalifikacji do I linii leczenia; |

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;
8) brak nadwrażliwości na którykolwiek lek lub na białka mysie lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku;
9) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;
10) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.

**1.2. Kryteria kwalifikacji do I linii leczenia**

1) zaawansowany chłoniak grudkowy w stadium II *bulky*, III, IV wg Ann Arbor;
2) brak wcześniejszego leczenia chłoniaka grudkowego.

**1.3. Kryteria kwalifikacji do II i kolejnych linii leczenia**

1) stosowana uprzednio co najmniej jedną linię leczenia chłoniaka grudkowego;
2) brak odpowiedzi na leczenie lub progresja choroby podczas leczenia lub maksymalnie do 6 miesięcy po zakończeniu leczenia rytuksymabem lub schematem zawierającym rytuksymab.

Oba kryteria (1 i 2) 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

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 II 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),

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;
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**

Badania przeprowadzane przed każdym cyklem oraz dodatkowo w cyklu 1 przed podaniem obinutuzumabu w dniu 8 i 15:

1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym);
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:
   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.

**3. Monitorowanie skuteczności leczenia**

| | | |
|---|---|---|
| wyłączenia, jednak z zastrzeżeniem, iż w przypadku terapii:<br>1) obinutuzumabem w skojarzeniu z chemioterapią (CHOP, CVP lub bendamustyną) w I linii leczenia – maksymalny czas leczenia indukującego wynosi 6-8 cykli (w zależności od zastosowanej chemioterapii), a maksymalny czas leczenia podtrzymującego wynosi 2 lata;<br>2) obinutuzumabem w skojarzeniu z bendamustyną w II lub kolejnych liniach leczenia – maksymalny czas leczenia indukującego wynosi 6 cykli, a maksymalny czas leczenia podtrzymującego wynosi 2 lata.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) progresja choroby w trakcie leczenia, oceniana po podaniu co najmniej 2 cykli leczenia;<br>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;<br>3) okres ciąży lub karmienia piersią;<br>4) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;<br>5) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;<br>6) rozpoznanie postępującej wieloogniskowej leukoencefalopatii (PML);<br>7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony | 8. dniu i 15. dniu pierwszego 28-dniowego cyklu leczenia.<br><u>Obinutuzumab w cyklach 2-6:</u> w dawce 1000 mg w skojarzeniu z bendamustyną podaje się w 1. dniu każdego 28-dniowego cyklu leczenia.<br><u>Bendamustyna w cyklach 1-6:</u> w dawce 90 mg/m$^2$ pc. podawana dożylnie w 1. i 2. dniu każdego cyklu leczenia.<br><br>1.2.2. Leczenie podtrzymujące – obinutuzumab w monoterapii<br><u>Obinutuzumab:</u> w dawce 1000 mg podawany raz na 2 miesiące przez dwa lata lub do wystąpienia progresji choroby w trakcie leczenia podtrzymującego.<br><br>**2. Modyfikacja dawkowania leków**<br>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. | Badania wykonywane w celu oceny skuteczności leczenia przeprowadzane po zakończeniu leczenia indukującego lub w przypadku podejrzenia progresji choroby (nie wcześniej niż po 2 cyklach leczenia):<br>1) badania obrazowe, pozwalające na ocenę stopnia zaawansowania choroby (TK lub PET-TK lub NMR).<br>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.<br>Wykonane badania obrazowe muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.<br>Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji. |

| | | |
|---|---|---|
| świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego. | | |
| **II. LECZENIE CHORYCH NA CHŁONIAKI ZŁOŚLIWE (ICD-10: C83, C85)** | | |
| W ramach części II. programu lekowego chorym na chłoniaka złośliwego (ICD-10: C83, C85) udostępnia się terapię piksantronem w III lub IV linii leczenia, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) potwierdzony histologicznie agresywny chłoniak nieziarniczy z limfocytów B (ICD-10: C83, C85);<br>2) wiek 18 lat i powyżej;<br>3) stan sprawności 0-2 według skali ECOG;<br>4) udokumentowane niepowodzenie w II lub III linii chemioterapii (lek może być zastosowany tylko w III lub IV linii leczenia);<br>5) LVEF ≥ 45%;<br>6) bezwzględna liczba neutrofili ≥1,0x10$^9$/l; liczba płytek krwi ≥75x10$^9$/l (możliwe są mniejsze wartości, o ile wynika to z nacieczenia szpiku w przebiegu chłoniaka);<br>7) całkowite stężenie bilirubiny <1,5 x GGN, kreatyniny <1,5 x GGN, AST oraz ALT <2 x GGN (w przypadku zajęcia wątroby <5 x GGN);<br>8) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;<br>9) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń;<br>10) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego, w tym | **1. Dawkowanie leku**<br>Zalecana dawka piksantronu wynosi 50 mg/m$^2$ pc. w postaci infuzji dożylnej podawanej w 1., 8. oraz 15. dniu każdego 28-dniowego cyklu – przez nie więcej niż 6 cykli.<br>Piksantron jest przeznaczony do podawania w powolnym wlewie dożylnym (trwającym co najmniej 60 minut) za pomocą zestawu do infuzji wyposażonego w filtr, wyłącznie po uprzednim rozpuszczeniu w 5 ml 0,9% roztworu chlorku sodu (9 mg/ml) do wstrzykiwań i po dalszym rozcieńczeniu w 0,9% roztworze chlorku sodu do wstrzykiwań do ostatecznej objętości 250 ml.<br><br>**2. Modyfikacja dawkowania leku**<br>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym);<br>2) ocena wydolności wątroby:<br>a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),<br>b) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST),<br>c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;<br>3) ocena wydolności nerek – oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;<br>4) badania obrazowe (w tym USG lub RTG lub TK lub RM lub inne);<br>5) elektrokardiografia (EKG);<br>6) ocena LVEF wykonana metodą ECHO;<br>7) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym).<br><br>**2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia**<br>1) badania wykonywane przed każdym podaniem leku:<br>a) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym),<br>b) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi,<br>c) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;<br>2) badania wykonywane co drugi cykl leczenia (przed podaniem leku w pierwszym dniu 28-dniowego cyklu):<br>a) elektrokardiografia (EKG),<br>b) ocena LVEF wykonana metodą ECHO. |

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

| | | |
|---|---|---|
| wyjściowego nie ustępujące pomimo odroczenia leczenia o 28 dni;<br>b) utrzymująca się powyżej 28 dni, toksyczność spowodowana lekiem, 3. lub 4. stopnia (inna niż, nudności i wymioty) nie ustępująca pomimo odroczenia leczenia o 28 dni;<br>5) okres ciąży lub karmienia piersią;<br>6) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;<br>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. | | |
| **III. LECZENIE CHORYCH NA CHŁONIAKI Z DUŻYCH KOMÓREK B** | | |
| **III.A. LECZENIE CHORYCH NA CHŁONIAKA ROZLANEGO Z DUŻYCH KOMÓREK B (DLBCL)** | | |
| W ramach części III.A. programu lekowego chorym na chłoniaka rozlanego z dużych komórek B (DLBCL) udostępnia się poniższe terapie:<br>1) w I linii leczenia:<br>a) *polatuzumab wedotyny w skojarzeniu z rytuksymabem, cyklofosfamidem, doksorubicyną i prednizonem*;<br>2) w II lub kolejnych liniach leczenia:<br>a) *polatuzumab wedotyny w skojarzeniu z bendamustyną i rytuksymabem,*<br>b) *tafasytamab w skojarzeniu z lenalidomidem,*<br>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. | **1. Dawkowanie leków**<br>**1.1. polatuzumab wedotyny w skojarzeniu z rytuksymabem, cyklofosfamidem, doksorubicyną i prednizonem**<br>Każdy cykl trwa 21 dni (3 tygodnie).<br>1.1.1. Cykle 1-6:<br>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. | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym);<br>2) ocena wydolności wątroby:<br>a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),<br>b) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST),<br>c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;<br>3) ocena wydolności nerek:<br>a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,<br>b) oznaczenie wskaźnika eGFR,<br>c) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi; |

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

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.

**1.2. 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.

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).

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) międzynarodowy indeks prognostyczny (IPI) 3-5;<br>3) nieobecność neuropatii obwodowej ≥ 2 stopnia;<br>4) stężenie bilirubiny ≤ 1,5 razy GGN (górna granica normy dla danego laboratorium).<br><br>**1.3. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii w II lub kolejnych liniach leczenia**<br>**1.3.1. polatuzumab wedotyny w skojarzeniu z bendamustyną i rytuksymabem**<br>1) nawrót lub oporność na wcześniejsze leczenie;<br>2) zastosowanie wcześniej co najmniej 1 linii leczenia;<br>3) przeciwwskazania do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych w momencie kwalifikacji do programu lekowego;<br>4) nieobecność neuropatii obwodowej ≥ 2 stopnia;<br>5) stężenie bilirubiny ≤ 1,5 razy GGN (górna granica normy dla danego laboratorium).<br><br>**1.3.2. tafasytamab w skojarzeniu z lenalidomidem**<br>1) nawrót lub oporność na wcześniejsze leczenie;<br>2) zastosowanie wcześniej co najmniej 1 linii leczenia;<br>3) niekwalifikowanie się pacjenta do przeszczepienia autologicznych krwiotwórczych komórek macierzystych w momencie kwalifikacji do programu lekowego.<br><br>**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 | Zaleca się, aby nie przekraczać dawki polatuzumabu wedotyny powyżej 240 mg/cykl.<br>Bendamustyna – zalecana dawka wynosi 90 mg/m$^2$ pc. /dobę w 1. i 2. dniu każdego cyklu.<br>Rytuksymab – zalecana dawka rytuksymabu wynosi 375 mg/m$^2$ pc. w 1. dniu każdego cyklu.<br><br>**1.3. tafasytamab w skojarzeniu z lenalidomidem**<br>Każdy cykl trwa 28 dni.<br>1.3.1. Cykle 1-12:<br>Tafasytamab w zalecanej dawce 12 mg/kg m.c. podawany w infuzji dożylnej:<br>– w cyklu 1. – w dniach 1., 4., 8., 15., i 22.,<br>– w cyklu 2. i 3. – w dniach 1., 8., 15. i 22. każdego cyklu,<br>– od cyklu 4. do cyklu 12. – w dniach 1. i 15. każdego cyklu.<br>Lenalidomid – zalecana dawka początkowa wynosi 25 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21 każdego cyklu – od cyklu 1. do cyklu 12.<br>U chorych z niewydolnością nerek dawka początkowa lenalidomidu powinna być zgodna z zaleceniami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego.<br>Liczba dni podawania leku w cyklu leczniczym wynosi 21, niezależnie od ewentualnych przerw w podawaniu leku, a maksymalna dawka lenalidomidu w jednym cyklu leczniczym nie może być wyższa niż 525 mg. | 2) ocena wydolności wątroby:<br>a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),<br>b) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST),<br>c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;<br>2) ocena wydolności nerek:<br>a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,<br>b) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi;<br>3) oznaczenie stężenia elektrolitów:<br>a) oznaczenie stężenia sodu,<br>b) oznaczenie stężenia potasu.<br><br>**2.2. tafasytamab w skojarzeniu z lenalidomidem**<br>Badania przeprowadzane przed każdym cyklem:<br>1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym) – badanie przeprowadzane dodatkowo przed każdym podaniem tafasytamabu;<br>2) ocena wydolności wątroby:<br>a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),<br>b) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST),<br>c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;<br>3) ocena wydolności nerek:<br>a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,<br>b) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi;<br>4) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym);<br><br>**3. Monitorowanie skuteczności leczenia** |

| | | |
|---|---|---|
| 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.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>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:<br>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);<br>2) *polatuzumabem wedotyny w skojarzeniu z bendamustyną i rytuksymabem* – leczenie kontynuuje się do maksymalnie 6 cykli;<br>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.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) progresja choroby w trakcie leczenia;<br>2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na białka mysie lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia; | 1.3.2. Od 13 cyklu:<br>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.<br><br>**2. Modyfikacja dawkowania leków**<br>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. | **3.1. polatuzumab wedotyny w skojarzeniu z rytuksymabem, cyklofosfamidem, doksorubicyną i prednizonem** lub **polatuzumab wedotyny w skojarzeniu z bendamustyną i rytuksymabem**<br>Badania wykonywane po 3. cyklach leczenia, po zakończeniu leczenia lub w dowolnym momencie w przypadku podejrzenia progresji choroby:<br>1) odpowiednie badania obrazowe (TK lub PET-TK lub NMR).<br><br>**3.2. tafasytamab w skojarzeniu z lenalidomidem**<br>Badania wykonywane w celu oceny skuteczności leczenia – po 3. cyklach leczenia, po 6 miesiącach i po 12 miesiącach leczenia oraz w dowolnym momencie w przypadku podejrzenia progresji choroby:<br>1) odpowiednie badania obrazowe (TK lub PET-TK lub NMR).<br><br>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.<br>Wykonane badania obrazowe muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.<br>Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji – dotyczy każdej z terapii w tej części programu. |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| **2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>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.<br><br>**3. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do włączenia do programu**<br>Obecne co najmniej jedno z poniższych kryteriów podczas kwalifikacji do programu:<br>1) nadwrażliwość na którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>2) okres ciąży lub karmienia piersią;<br>3) aktywne niekontrolowane zakażenie systemowe;<br>4) aktywna obturacyjna lub restrykcyjna choroba płuc;<br>5) aktywna hemoliza;<br>6) aktywna koagulopatia;<br>7) zakrzepowe zapalenie żył głębokich lub zatorowość płucna w ciągu ostatnich 6 miesięcy;<br>8) zajęcie ośrodkowego układu nerwowego (OUN) przez chłoniaka lub przez inne choroby obejmujące OUN;<br>9) zakażenie HIV;<br>10) aktywne wirusowe zapalenie wątroby typu B, C;<br>11) aktywna choroba autoimmunologiczna;<br>12) pierwotny niedobór odporności;<br>13) obecność przeciwwskazań do stosowania chemioterapii limfodeplecyjnej z zastosowaniem takich leków, jak:<br>a) cyklofosfamid i fludarabina – w przypadku leczenia aksykabtagenem cyloleucelu, | | 5) ocena funkcji wątroby (jak wyżej).<br><br>**1.3. Badania w dniu następnym po podaniu aksykabtagenu cyloleucelu albo tisagenlecleucelu**<br>1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym);<br>2) oznaczenie parametrów krzepnięcia krwi:<br>a) oznaczenie APTT,<br>b) oznaczenie INR,<br>c) oznaczenie czasu protrombinowego (PT),<br>d) oznaczenie stężenia fibrynogenu,<br>e) oznaczenie stężenia D-dimerów;<br>3) dodatkowo w sytuacji podejrzenia wystąpienia zespołu uwalniania cytokin (CRS):<br>a) oznaczenie stężenia CRP,<br>b) oznaczenie stężenia ferrytyny,<br>c) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH).<br><br>**2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia po podaniu CAR-T**<br>1) codzienne monitorowanie pod kątem wystąpienia objawów podmiotowych i przedmiotowych CRS;<br>2) w przypadku podejrzenia lub wystąpienia CRS należy (w uzasadnionych przypadkach) wykonywać badania:<br>a) oznaczenie stężenia CRP,<br>b) oznaczenie stężenia ferrytyny,<br>c) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH),<br>d) oznaczenie APTT, |

| | | |
|---|---|---|
| b) cyklofosfamid i fludarabina albo bendamustyna – w przypadku leczenia tisagenlecleucelem;<br>14) wcześniejsze leczenie CAR-T (anty-CD19).<br><br>**4. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) wystąpienie nieodwracalnych, bezwzględnych przeciwwskazań do podania aksykabtagenu cyloleucelu albo tisagenlecleucelu. | | e) oznaczenie INR,<br>f) oznaczenie czasu protrombinowego (PT),<br>g) oznaczenie stężenia fibrynogenu,<br>h) oznaczenie stężenia D-dimerów;<br>(przy zaistnieniu innych wskazań wykonywać badania zgodnie z nimi);<br>3) po upływie pierwszych 10 dni od infuzji, o dalszym monitorowaniu pacjenta pod kątem CRS decyduje lekarz;<br>4) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym);<br>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);<br>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);<br>7) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy krwi;<br>8) oznaczenie stężenia mocznika w surowicy krwi;<br>9) oznaczenie stężenie kreatyniny w surowicy krwi;<br>10) znaczenie stężenia elektrolitów.<br>Badania wskazane w pkt 4-10 wykonuje się co najmniej 2 razy w tygodniu w ciągu pierwszych 2 tygodni od podania aksykabtagenu cyloleucelu albo tisagenlecleucelu, a następnie w zależności od sytuacji klinicznej.<br><br>**3. Monitorowanie skuteczności leczenia**<br>Badania wykonywane co 3 miesiące przez okres 12 miesięcy od podania CAR-T:<br>1) TK lub NMR lub PET-TK.<br>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.<br>Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji. |
| **IV.A. LECZENIE CHORYCH NA CHŁONIAKA Z KOMÓREK PŁASZCZA (MCL) (ICD-10: C85.7)** | | |
| W ramach części IV.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.<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) potwierdzone rozpoznanie chłoniaka z komórek płaszcza;<br>2) wiek 18 lat i powyżej;<br>3) stan sprawności 0-2 według skali ECOG;<br>4) nawrót albo progresja lub oporność na wcześniejsze leczenie;<br>5) zastosowanie wcześniej co najmniej 1 linii leczenia;<br>6) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;<br>7) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń;<br>8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego;<br>9) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; | **1. Dawkowanie leku**<br>Zalecana dawka ibrutynibu wynosi 560 mg podawana doustnie 1 raz na dobę.<br><br>**2. Modyfikacja dawkowania leku**<br>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym);<br>2) ocena wydolności wątroby:<br>a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),<br>b) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST),<br>c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;<br>3) ocena wydolności nerek:<br>a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,<br>b) oznaczenie wskaźnika eGFR,<br>c) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi;<br>4) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH);<br>5) oznaczenie stężenia albumin;<br>6) oznaczenie czasu protrombinowego (PT);<br>7) badania obrazowe pozwalające na ocenę stopnia zaawansowania choroby (TK lub PET-TK lub NMR) – rodzaj badań obrazowych do decyzji lekarza;<br>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; |

| | | |
|---|---|---|
| 10) brak nadwrażliwości na lek lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku;<br>11) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;<br>12) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br>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.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) progresja choroby w trakcie leczenia;<br>2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia;<br>3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;<br>4) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;<br>5) okres ciąży lub karmienia piersią; | | 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;<br>10) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym).<br>Badania powinny być wykonane w ciągu nie więcej niż 4 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia.<br><br>**2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia**<br>1) badanie wykonywane 1 raz w miesiącu przez pierwsze 12 miesięcy leczenia, a następnie co najmniej co 3 miesiące:<br>a) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym);<br>2) badania wykonywane co 3 miesiące:<br>a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),<br>b) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST),<br>c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;<br>3) zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego okresowe badania:<br>a) oznaczenie stężenia kreatyniny u chorych z zaburzeniami czynności nerek,<br>b) elektrokardiografia (EKG) w celu wykrycia migotania przedsionków.<br><br>**3. Monitorowanie skuteczności leczenia**<br>Badania wykonywane w trakcie 4. oraz 7. miesiąca leczenia, a następnie w przypadku podejrzenia progresji/nawrotu:<br>1) TK lub PET-TK lub NMR – rodzaj badań obrazowych do decyzji lekarza. |

| | | |
|---|---|---|
| 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. | | 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.<br>Wykonane badania obrazowe muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.<br>Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji. |
| **IV.B. LECZENIE CHORYCH NA CHŁONIAKA Z KOMÓREK PŁASZCZA (MCL) (ICD-10: C85.7) – TERAPIA CAR-T** | | |
| W ramach części IV.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.<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br>Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. CAR-T w leczeniu chorych na chłoniaki powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.<br>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta.<br>1) potwierdzony histologicznie chłoniak z komórek płaszcza (MLC);<br>2) wiek 18 lat i powyżej;<br>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; | **1. Dawkowanie leku**<br>Schemat dawkowania breksukabtagenu autoleucelu zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego.<br><br>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.<br><br>Breksukabtagen autoleucelu musi być podawany w wykwalifikowanym ośrodku posiadającym certyfikację Podmiotu Odpowiedzialnego zgodnie z wymogami EMA oraz akceptację MZ po pozytywnej opinii Krajowej Rady | **1. Badania**<br>**1.1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) badanie fizykalne i ocena objawów ze strony ośrodkowego układu nerwowego;<br>2) morfologia krwi obwodowej z rozmazem (wzorem odsetkowym);<br>3) ocena funkcji wątroby, tj.:<br>a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),<br>b) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST),<br>c) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy krwi;<br>4) ocena funkcji nerek, tj.:<br>a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,<br>b) oznaczenie klirensu kreatyniny;<br>5) oznaczenie parametrów krzepnięcia krwi:<br>a) oznaczenie APTT, |

| | | |
|---|---|---|
| 4) stosowano wcześniej co najmniej dwie linie leczenia systemowego, w tym inhibitor kinazy tyrozynowej Brutona (inhibitor BTK);<br>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;<br>6) czynność serca, wątroby, nerek oraz płuc pozwalająca w ocenie lekarza prowadzącego na przeprowadzenie terapii;<br>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.<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>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.<br><br>**3. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do włączenia do programu**<br>Obecne co najmniej jedno z poniższych kryteriów podczas kwalifikacji do programu:<br>1) nadwrażliwość na którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>2) okres ciąży lub karmienia piersią;<br>3) aktywne niekontrolowane zakażenie systemowe;<br>4) aktywna obturacyjna lub restrykcyjna choroba płuc;<br>5) aktywna hemoliza; | 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.<br><br>**2. Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania, przechowywania, przygotowania i usuwania produktu leczniczego**<br>Postępowanie zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego dla breksukabtagenu autoleucelu. | b) oznaczenie INR,<br>c) oznaczenie czasu protrombinowego (PT),<br>d) oznaczenie stężenia fibrynogenu,<br>e) oznaczenie stężenia D-dimerów;<br>6) ocena płynu mózgowo-rdzeniowego (w uzasadnionych przypadkach);<br>7) badania radiologiczne potwierdzające wznowę lub oporność choroby, z zastosowaniem TK lub NMR lub PET-TK;<br>8) elektrokardiografia (EKG);<br>9) ocena LVEF wykonana metodą ECHO/MUGA;<br>10) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym);<br>11) test na HIV (przeciwciała anty-HIV w surowicy);<br>12) oznaczenie markerów wirusa zapalenia wątroby typu B (HBsAg, anty-HBc, anty-HBs – w przypadku dodatnich anty-HBc wykonać HBV DNA);<br>13) oznaczenie markerów wirusa zapalenia wątroby typu C (anty-HCV, HCV RNA – w przypadku dodatnich anty HCV).<br><br>**1.2. Badania bezpośrednio przed podaniem breksukabtagenu autoleucelu**<br>1) morfologia krwi obwodowej z rozmazem (wzorem odsetkowym);<br>2) białka ostrej fazy:<br>a) oznaczenie stężenia CRP,<br>b) oznaczenie stężenia ferrytyny;<br>3) oznaczenie parametrów krzepnięcia krwi:<br>a) oznaczenie APTT,<br>b) oznaczenie INR, |

| | | |
|---|---|---|
| 6) aktywna koagulopatia;<br>7) zakrzepowe zapalenie żył głębokich lub zatorowość płucna w ciągu ostatnich 6 miesięcy;<br>8) zajęcie ośrodkowego układu nerwowego (OUN) przez chłoniaka lub przez inne choroby obejmujące OUN;<br>9) zakażenie HIV;<br>10) aktywne wirusowe zapalenie wątroby typu B lub C;<br>11) aktywna choroba autoimmunologiczna;<br>12) pierwotny niedobór odporności;<br>13) aktywna, przewlekła lub ostra choroba przeszczep przeciw gospodarzowi (GvHD) po przeszczepieniu allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych;<br>14) żywa szczepionka podana w ciągu 6 tygodni przed planowanym rozpoczęciem chemioterapii limfodeplecyjnej;<br>15) obecność przeciwwskazań do stosowania chemioterapii limfodeplecyjnej z zastosowaniem takich leków, jak: cyklofosfamid i fludarabina;<br>16) nawrót choroby bez ekspresji CD19 po wcześniejszej terapii anty-CD19;<br>17) wcześniejsze leczenie CAR-T (anty-CD19).<br><br>**4. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) wystąpienie nieodwracalnych, bezwzględnych przeciwwskazań do podania breksukabtagenu autoleucelu. | | c) oznaczenie czasu protrombinowego (PT),<br>d) oznaczenie stężenia fibrynogenu;<br>4) ocena funkcji nerek (jak wyżej);<br>5) ocena funkcji wątroby (jak wyżej).<br><br>**1.3. Badania w dniu następnym po podaniu breksukabtagenu autoleucelu**<br>1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym);<br>2) oznaczenie parametrów krzepnięcia krwi:<br>a) oznaczenie APTT,<br>b) oznaczenie INR,<br>c) oznaczenie czasu protrombinowego (PT),<br>d) oznaczenie stężenia fibrynogenu,<br>e) oznaczenie stężenia D-dimerów;<br>3) dodatkowo w sytuacji podejrzenia wystąpienia zespołu uwalniania cytokin (CRS):<br>a) oznaczenie stężenia CRP,<br>b) oznaczenie stężenia ferrytyny,<br>c) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH).<br><br>**2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia po podaniu CAR-T:**<br>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:<br>a) oznaczenie stężenia CRP,<br>b) oznaczenie stężenia ferrytyny,<br>c) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH),<br>d) oznaczenie APTT,<br>e) oznaczenie INR,<br>f) oznaczenie czasu protrombinowego (PT),<br>g) oznaczenie stężenia fibrynogenu,<br>h) oznaczenie stężenia D-dimerów;<br>(przy zaistnieniu innych wskazań wykonywać badania zgodnie z nimi);<br>3) po upływie pierwszych 10 dni od infuzji, o dalszym monitorowaniu pacjenta pod kątem CRS decyduje lekarz;<br>4) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym);<br>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);<br>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);<br>7) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy krwi;<br>8) oznaczenie stężenia mocznika w surowicy krwi;<br>9) oznaczenie stężenie kreatyniny w surowicy krwi;<br>10) oznaczenie stężenia elektrolitów.<br>Badania wskazane w pkt 4-10 wykonuje się co najmniej 2 razy w tygodniu w ciągu pierwszych 2 tygodni od podania breksukabtagenu autoleucelu, a następnie w zależności od sytuacji klinicznej.<br><br>**3. Monitorowanie skuteczności leczenia** |

| | | |
|---|---|---|
| | | Badania wykonywane co 3 miesiące przez okres 12 miesięcy od podania CAR-T:<br>1) TK lub NMR lub PET-TK.<br>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.<br>Wykonane badania obrazowe muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.<br>Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzana zgodnie z aktualnymi rekomendacjami. |
| | | **1. Monitorowanie programu – DOTYCZY KAŻDEJ Z CZĘŚCI PROGRAMU**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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:<br>a) całkowita odpowiedź (CR),<br>b) częściowa odpowiedź (PR),<br>c) choroba stabilna (SD), |

| | | |
|---|---|---|
| | | d) brak odpowiedzi (NR),<br>e) progresja choroby (PD),<br>f) przeżycie bez progresji choroby (PFS),<br>g) przeżycie całkowite (OS);<br>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;<br>3) 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:<br>1) nilotynibem,<br>2) bosutynibem,<br>3) ponatynibem,<br>4) asciminibem,<br>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.<br><br>1. Kryteria kwalifikacji<br>Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych terapii.<br>1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji<br>1) wiek 18 lat i powyżej;<br>2) stan sprawności 0-2 według skali ECOG;<br>3) rozpoznanie przewlekłej białaczki szpikowej z udokumentowaną obecnością genu BCR-ABL1 lub chromosomu Filadelfia (Ph+);<br>4) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;</td>
<td>1. Dawkowanie leków<br>1.1. nilotynib<br>Zalecana dawka nilotynibu wynosi 400 mg podawana doustnie dwa razy na dobę (co odpowiada całkowitej dawce dobowej 800 mg).<br>Odstęp pomiędzy kolejnymi dawkami powinien wynosić około 12 godzin.<br><br>1.2. bosutynib<br>Zalecana dawka bosutynibu wynosi 500 mg podawana doustnie raz na dobę.<br>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:<br>1) nieosiągnięcia całkowitej odpowiedzi hematologicznej do tygodnia 8,<br>2) nieosiągnięcia całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej do tygodnia 12.<br><br>1.3. ponatynib</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji<br>1) badanie cytogenetyczne szpiku lub badanie molekularne PCR na obecność genu BCR-ABL;<br>2) morfologia krwi z rozmazem;<br>3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);<br>4) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);<br>5) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;<br>6) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;<br>7) badanie cytogenetyczne krwi (opcjonalnie);<br>8) badanie cytologiczne szpiku (opcjonalnie);<br>9) badanie mutacji domeny kinazy ABL w przypadku oporności na poprzednio stosowany inhibitor kinazy tyrozynowej;<br>10) dodatkowo w przypadku terapii nilotynibem lub ponatynibem:<br>a) oznaczenie stężenia lipazy w surowicy krwi,<br>b) oznaczenie stężenia trójglicerydów we krwi,<br>c) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego we krwi,<br>d) oznaczenie stężenia cholesterolu HDL we krwi,<br>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*,<br>lub<br>d) brak całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej lub BCR-ABL >1% IS ($MR^2$) po 12 miesiącach leczenia *imatynibem*,<br>lub<br>e) utrata osiągniętej wcześniej odpowiedzi hematologicznej lub cytogenetycznej lub większej molekularnej $MR^3$ (tj. po utracie odpowiedzi- BCR-ABL >0,1% IS),<br>lub<br>f) progresja choroby,<br>lub<br>g) nietolerancja leczenia *imatynibem*,<br>lub<br>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).<br><br>**1.2.2. *bosutynibem* – w przypadku przewlekłej białaczki szpikowej w fazie kryzy blastycznej**<br>1) przewlekła białaczka szpikowa w fazie kryzy blastycznej;<br>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).<br><br>**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.<br>Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia.<br>Wykonane badania muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.<br>Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji.<br><br>**3.1. Monitorowanie w fazie odstawienia leczenia *nilotynibem* u pacjentów z uzyskaną trwałą głęboką odpowiedzią molekularną (≥$MR^4$)**<br>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:<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) ilościowe badanie molekularne* (liczba kopii transkryptu BCR-ABL1).<br><br>**3.2. Monitorowanie po wznowieniu leczenia *nilotynibem* u pacjentów, którzy utracili większą odpowiedź molekularną (MMR) w trakcie fazy odstawienia leczenia *nilotynibem***<br>Badania wykonywane co 4 tygodnie do czasu odzyskania MMR, a następnie nie rzadziej niż co 3 miesiące:<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) ilościowe badanie molekularne* (liczba kopii transkryptu BCR-ABL1). |

| | | |
|---|---|---|
| 1) przewlekła białaczka szpikowa w fazie przewlekłej lub akceleracji lub kryzy blastycznej;<br>2) stosowano uprzednio co najmniej jedną linię leczenia, w tym leczenie *imatynibem*;<br>3) wystąpienie co najmniej jednego z poniższych warunków:<br>a) oporność na leczenie *imatynibem* związana z wykrytą mutacją T315I<br>lub<br>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).<br><br>**1.2.4. *asciminibem***<br>1) przewlekła białaczka szpikowa w fazie przewlekłej;<br>2) stosowano uprzednio co najmniej dwie linie leczenia;<br>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).<br><br>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**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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:<br>a) odpowiedź całkowita hematologiczna (CHR),<br>b) odpowiedź cytogenetyczna:<br>– całkowita (CCyR),<br>– częściowa (PCyR),<br>– mniejsza (mCyR),<br>– minimalna (minCyR),<br>– brak odpowiedzi (nCyR),<br>c) odpowiedź molekularna:<br>– większa (MMR, $MR^3$),<br>– głęboka ($MR^4$ lub $MR^{4,5}$ lub $MR^5$),<br>d) progresja choroby (PD),<br>e) przeżycie bez progresji choroby (PFS),<br>f) przeżycie całkowite (OS);<br>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej |

| | | |
|---|---|---|
| **2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, z zastrzeżeniem, iż w przypadku terapii:<br>1) *nilotynibem* – można rozważyć odstawienie leczenia u pacjenta, który uzyskał trwałą głęboką odpowiedź molekularną (≥MR$^4$) oraz spełnione są łącznie następujące warunki:<br>a) w pierwszej linii leczenia zastosowano *imatynib*,<br>b) leczenie *nilotynibem* trwało przynajmniej 3 lata, a głęboka odpowiedź molekularna na leczenie *nilotynibem* utrzymuje się przez minimum jeden rok przed planowanym odstawieniem leczenia,<br>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.<br>W przypadku, gdy pacjent nie toleruje procesu odstawienia leku, możliwy jest powrót do leczenia *nilotynibem*.<br>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.<br>**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**<br>1) progresja choroby w trakcie leczenia wyrażająca się: | | lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.<br>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,<br>lub<br>b) utratą całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej,<br>lub<br>c) zwiększeniem o 30% odsetka komórek z chromosomem Filadelfia u świadczeniobiorcy z remisją cytogenetyczną mniejszą niż całkowita,<br>lub<br>d) utratą dotychczasowej odpowiedzi cytogenetycznej<br>lub<br>e) pojawieniem się nowych aberracji chromosomalnych w klonie białaczkowym Filadelfia (Ph+) lub nowych mutacji domeny kinazy ABL;<br>2) brak odpowiedzi hematologicznej po 3 miesiącach stosowania leku;<br>3) brak minimalnej odpowiedzi cytogenetycznej (tj. sytuacja, w której odsetek komórek Ph(+) w szpiku >95%) po 3 miesiącach stosowania leku;<br>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;<br>5) brak redukcji BCR-ABL1 do <1% IS po 12 miesiącach stosowania leku;<br>6) znalezienie dawcy i podjęcie decyzji o wykonaniu zabiegu przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych u danego świadczeniobiorcy;<br>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;<br>9) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;<br>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.<br><br>**1. Moduł pierwotnej profilaktyki krwawień**<br>**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.<br>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.<br><br>**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**<br>1) czynnik VIII osoczopochodny, czynnik VIII rekombinowany, czynnik VIII rekombinowany o przedłużonym działaniu:<br>a) dzieci do ukończenia 2. roku życia – 100-700 j.m./kg m. c. na 28 dni (4 tygodnie);<br>b) dzieci powyżej 2. roku życia – 140-700 j.m./kg m. c. na 28 dni (4 tygodnie).<br>2) czynnik IX osoczopochodny:<br>100-400 j. m./kg m. c. na 28 dni (4 tygodnie).<br>3) czynnik IX rekombinowany, czynnik IX rekombinowany o przedłużonym działaniu:<br>120-480 j.m./kg m. c. na 28 dni (4 tygodnie).<br><br>**2. Wtórna profilaktyka krwawień**<br>1) czynnik VIII osoczopochodny:<br>a) dzieci do ukończenia 2. roku życia, 200- | **1. Kwalifikacja do leczenia**<br>W ramach kwalifikacji świadczeniobiorcy do udziału w programie, na podstawie decyzji lekarza lokalnego lub regionalnego centrum leczenia hemofilii, wykonuje się następujące badania:<br>1) badania przesiewowe:<br>a) czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (aPTT),<br>b) czas protrombinowy (PT),<br>c) czas trombinowy (TT);<br>2) wykonanie testu korekcji osoczem prawidłowym;<br>3) ocena aktywności czynników krzepnięcia I, VIII i IX, von Willebranda (vWFRCo), XI, XII;<br>4) antygen czynnika von Willebranda (vWFAg);<br>5) ocena miana inhibitora czynnika VIII i IX u dzieci uprzednio leczonych (test Bethesda w modyfikacji Nijmegen);<br>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)<br>7) morfologia krwi.<br>W związku z realizacją modułów programu, inne niż wymienione w pkt 1-7 badania, są wykonywane na podstawie indywidualnych decyzji Zespołu Koordynującego ds. kwalifikacji i weryfikacji |

rozpoczęta do 3. roku życia.

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

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

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

**2. Moduł wtórnej profilaktyki krwawień**

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

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

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

700 j.m. /kg m. c. na 28 dni (4 tygodnie);

b) dzieci powyżej 2. roku życia; 225-700 j.m. /kg m. c. na 28 dni (4 tygodnie).

2) czynnik VIII rekombinowany, czynnik VIII rekombinowany o przedłużonym działaniu:

140-700 j.m./kg m. c. na 28 dni (4 tygodnie).

3) czynnik IX osoczopochodny, czynnik IX rekombinowany, czynnik IX rekombinowany o przedłużonym działaniu:

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

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

**3.1.** Dawkowanie czynnika VIII:

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

**3.2.** Dawkowanie czynnika IX

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

**2. Monitorowanie leczenia**

**2.1.** Ocena skuteczności leczenia

W zależności od oceny klinicznej należy wykonać:

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

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

Badania w monitorowaniu leczenia:

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

przedłużonym działaniu.

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

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

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

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

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

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

1) pacjenci z hemofilią powikłaną nowopowstałym krążącym antykoagulantem (inhibitorem) (powyżej 5 B.U. oraz o mianie

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.;

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

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

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

**2.4.** Oznaczanie inhibitora

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

W przypadku niewykrycia inhibitora kolejne jego oznaczenia powinny być wykonywane zgodnie z powyższym opisem.

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

| | | |
|---|---|---|
| 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;<br>2) pacjenci uprzednio zakwalifikowani do programu, jednak stwierdzenie obecności inhibitora dotyczy okresu prowadzonej profilaktyki, która miała miejsce po dniu 15 stycznia 2010 r.<br><br>**4. Kryteria wyłączenia**<br>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).<br><br>**5. Kryteria zakończenia udziału w programie lub module programu** (dotyczy przyczyn, z powodu których udział pacjenta – uprzednio zakwalifikowanego – w przedmiotowym programie musi zostać zakończony):<br>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;<br>2) ukończenie 18. roku życia.<br><br>**6. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do momentu ukończenia 18. roku życia lub do momentu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. | 3) trzecia dawka w dniu zdjęcia szwów, 50 - 80 j.m./ kg mc. (10 -14 doba).<br><br>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. | centrum leczenia hemofilii).<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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.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**<br>1) rozpoznanie pierwotnych zaburzeń odporności - według definicji WHO (World Health Organization na podstawie klasyfikacji IUIS: Frontiers in Immunology, 2011; 2: 54);<br>2) wykluczenie innych przyczyn zaburzeń odporności;<br>3) stężenie IgG poniżej dolnej granicy normy dla wieku (z wyjątkiem D80.3 i D80.6) jest wskazaniem do rozpoczęcia terapii substytucyjnej.<br><br>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.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia z programu.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia**<br>Ciężkie uogólnione reakcje nadwrażliwości | **1. Dawkowanie**<br>**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).<br>**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. ).<br>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.<br>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**<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) AlAT;<br>3) AspAT;<br>4) oznaczanie subpopulacji limfocytów;<br>5) oznaczanie poziomu immunoglobulin i podklas IgG lub swoistych przeciwciał;<br>6) proteinogram;<br>7) badanie czynności fagocytarnych i neutralizacji patogenów;<br>8) badanie ekspresji cząstek adhezyjnych;<br>9) badanie składowych dopełniacza;<br>10) test stymulacji limfocytów.<br>W przypadku preparatów gammaglobulin do podawania dożylnego lub podskórnego: badania wirusologiczne (zakażenia HBV, HCV) - przed włączeniem leczenia.<br>O zestawie badań decyduje lekarz specjalista immunologii klinicznej podczas kwalifikacji do programu.<br><br>**2.Monitorowanie leczenia**<br>**2.1** Immunoglobuliny dożylne<br>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.<br><br>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.<br>Oba składniki podaje się w określonej kolejności: najpierw hialuronidazę, a następnie przez tę samą igłę 10% preparat immunoglobulin.<br>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.<br>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.<br><br>Pacjenci dotychczas nieleczeni bądź leczeni preparatami do podawania dożylnego, wymagają szkolenia w warunkach szpitalnych:<br>1) Pacjent odbywa cztery do sześciu wizyt w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku; przed każdą wizytą określany jest poziom IgG<br>2) Wizyty pierwsza i/lub druga: SCIg podaje personel medyczny<br>3) Wizyty trzecia i/lub czwarta: SCIg podaje pacjent lub opiekun prawny pacjenta przy pomocy/ nadzorze personelu medycznego<br>4) Wizyty piąta i szósta (opcjonalnie): SCIg administruje samodzielnie pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta pod | a) morfologia krwi z rozmazem,<br>b) AlAT,<br>c) AspAT,<br>d) poziom IgG w surowicy.<br>Raz na 3 miesiące (przed podaniem immunoglobulin);<br>w przypadku braku komplikacji raz na pół roku:<br>- oznaczanie stężenia immunoglobulin IgG i podklas IgG lub swoistych przeciwciał w surowicy krwi.<br>W przypadku wskazań dodatkowo:<br>a) IgA w surowicy krwi,<br>b) IgM w surowicy krwi.<br>Raz na 6 miesięcy:<br>- USG jamy brzusznej.<br>Powikłania infekcyjne stanowią wskazania do wykonania badań:<br>a) oznaczanie stężenia immunoglobulin IgG i podklas IgG lub swoistych przeciwciał w surowicy krwi.<br>b) IgA w surowicy krwi,<br>c) IgM w surowicy krwi,<br>d) USG jamy brzusznej.<br>**2.2** Immunoglobuliny podskórne<br>Badania kontrolne są wykonywane standardowo co 4-6 miesięcy:<br>a) badania efektywności leczenia (stężenie IgG i podklas IgG lub swoistych przeciwciał),<br>b) morfologia krwi z rozmazem,<br>c) AlAT,<br>d) AspAT.<br>Raz na 6 miesięcy:<br>- USG jamy brzusznej.<br>Raz na rok:<br>- badania wirusologiczne (zakażenia HBV, HCV).<br>O zestawie badań w trakcie monitorowania leczenia |

| | | |
|---|---|---|
| | nadzorem personelu medycznego<br>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<br>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<br>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**<br>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;<br>2) wczesne dojrzewanie płciowe z dużą akceleracją wieku kostnego i niskim przewidywanym wzrostem docelowym.<br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu.<br>**3. Kryteria wyłączenia**<br>1) osiągnięcie przez świadczeniobiorcę wieku chronologicznego właściwego dla wystąpienia cech dojrzewania płciowego;<br>2) stwierdzenie wieku kostnego: powyżej 13 lat;<br>3) zmniejszenie tempa wzrastania poniżej dolnej granicy normy dla okresu prepubertalnego (4 cm na rok). | **1. Dawkowanie triptoreliny**<br>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**<br>1) stężenie β-gonadotropiny kosmówkowej (β-HCG);<br>2) stężenie estradiolu;<br>3) stężenie siarczanu dehydroepiandrosteronu;<br>4) stężenie 17-hydroksyprogesteronu;<br>5) stężenie testosteronu;<br>6) test stymulacji wydzielania LH i FSH;<br>7) stężenie luteotropiny;<br>8) stężenie folikulotropiny;<br>9) stężenie prolaktyny;<br>10) profil steroidów w moczu (w zależności od potrzeb);<br>11) RTG śródręcza ręki niedominującej, z przynasadami kości przedramienia, celem oceny wieku kostnego;<br>12) USG miednicy małej i nadnerczy;<br>13) badanie tomografii komputerowej lub rezonans magnetyczny głowy (układu podwzgórzowo-przysadkowego) w celu wykluczenia guza wewnątrzczaszkowego;<br>14) pomiar wysokości i masy ciała, należy określić dotychczasowy przebieg wzrastania, dokonać oceny wzrostu rodziców, obliczyć wzrost docelowy dziecka;<br>15) należy ocenić obecność cech płciowych i stadium dojrzewania płciowego według skali Tannera-Marschalla. |

| | | |
|---|---|---|
| | | **1. Monitorowanie leczenia**<br>Po 3 miesiącach od rozpoczęcia leczenia lub po zmianie dawkowania:<br>1) LH;<br>2) FSH;<br>3) ocenić występowanie cech płciowych według kryteriów Tannera-Marschalla.<br>Co 12 miesięcy należy wykonać RTG śródręcza, z przynasadami kości przedramienia, celem oceny wieku kostnego.<br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) przekazywanie informacji 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.<br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br>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;<br>2) niskorosłość, tj. wysokość ciała poniżej 3 centyla dla płci i wieku, na siatkach centylowych dla populacji dzieci polskich (nie dotyczy dzieci z wielohormonalną niedoczynnością przysadki (WNP) oraz dzieci z udokumentowanymi mutacjami związanymi z niedoborem hormonu wzrostu (SNP) oraz dzieci, u których terapię rozpoczęto w okresie niemowlęcym lub poniemowlęcym i dzieci po terapii chorób rozrostowych);<br>3) opóźniony wiek kostny, oceniany metodą Greulich'a-Pyle; | **1. Dawkowanie**<br>Somatotropina podawana codziennie, wieczorem, w dawce: 0,1–0,33 mg (0,3–1,0 IU)/kg m.c./tydzień. | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) u niemowląt i dzieci w okresie poniemowlęcym z nawracającymi stanami hipoglikemii:<br>a) długość (z określeniem centyla i SDS) i masa ciała,<br>b) USG przezciemiączkowe lub obrazowanie OUN za pomocą MRI lub TK z kontrastem,<br>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),<br>d) stężenie IGF-I i IGFBP3, (należy podać normę laboratorium, w którym mierzono stężenie tych związków),<br>e) kilkukrotny pomiar glikemii, po kilkugodzinnej przerwie od ostatniego posiłku,<br>f) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb;<br>2) u pozostałych dzieci — pomiary antropometryczne: wysokość (z określeniem centyla i SDS) i masa ciała, tempo wzrastania (w cm/rok) oraz BMI;<br>3) dojrzałość płciowa na podstawie skali Tannera;<br>4) stężenia hormonu wzrostu w dwóch niezależnych testach stymulacji sekrecji tego hormonu; |

| | | |
|---|---|---|
| 4) wykluczenie innych, aniżeli SNP, przyczyn niskorosłości lub wyrównanie tych chorób (np. niedokrwistość, niedoczynność tarczycy, zaburzenia wchłaniania i trawienia jelitowego, itp.);<br>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);<br>Do programu mogą być także włączone dzieci leczone hormonem wzrostu z innych źródeł, które przy rozpoczęciu terapii spełniały kryteria programu<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>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.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) złuszczenie głowy kości udowej;<br>2) ujawnienie lub wznowa choroby rozrostowej;<br>3) brak zgody pacjenta na kontynuację leczenia;<br>4) niezadowalający efekt leczenia hormonem wzrostu, tj. przyrost wysokości ciała poniżej 2 cm/rok;<br>5) osiągnięcie wieku kostnego:<br>a) powyżej 14 lat przez dziewczynkę,<br>b) powyżej 16 lat przez chłopca. | | 5) stężenie IGF-1 i IGFBP3, z określeniem proporcji stężeń obu tych związków; (należy podać normę laboratorium, w którym mierzono stężenie tych związków);<br>6) RTG śródręcza i nadgarstka ręki niedominującej, z bliższą przynasadą kości przedramienia;<br>7) MRI lub TK z kontrastem OUN, ze szczególnym uwzględnieniem okolicy podwzgórzowo-przysadkowej;<br>8) jonogram surowicy krwi (co najmniej stężenie Na+ i Ca++ całkowitego i zjonizowanego);<br>9) morfologia krwi, z rozmazem;<br>10) ocena przemian węglowodanowych: stężenie glukozy na czczo i odsetek hemoglobiny glikowanej (HbA1c) lub test doustnego obciążenia glukozą (OGTT), z oceną glikemii i insulinemii;<br>11) ocena przemian lipidowych: stężenia triglicerydów, całkowitego cholesterolu oraz frakcji HDL- i LDL-cholesterolu;<br>12) ocena czynności wątroby: AIAT i AspAT;<br>13) ocena czynności tarczycy: TSH, fT4, fT3;<br>14) stężenie kortyzolu w godzinach rannych i wieczornych;<br>15) stężenie 25OH wit. D;<br>16) p/ciała przeciw transglutaminazie tkankowej (anty – tGT) w klasie IGA;<br>17) konsultacja okulistyczna, z oceną dna oka;<br>18) test stymulacji wydzielania gonadotropin (w uzasadnionych przypadkach);<br>19) konsultacja hematoonkologa dziecięcego — dotyczy dzieci po terapii chorób rozrostowych;<br>20) konsultacja neurologa dziecięcego i neurochirurgiczna w przypadku uprzednich zabiegów neurochirurgicznych, przede |

| | | |
|---|---|---|
| **4. Kryteria czasowego wyłączenia z programu**<br>1) utrzymywanie się ponadnormatywnych stężeń IGF-I, pomimo zmniejszenia dawki hormonu wzrostu;<br>2) objawy pseudo – tumor cerebri (do wykluczenia organicznych uwarunkowań stwierdzanych objawów);<br>3) źle wyrównana cukrzyca. | | wszystkim z powodu uprzednich procesów rozrostowych w obrębie OUN;<br>21) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb, np. etiologii SNP/WNP.<br>Badania wykonywane według standardów diagnozowania świadczeniobiorców z somatotropinową lub wielohormonalną niedoczynnością przysadki (SNP/WNP).<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>**2.1. Po 90 dniach od rozpoczęcia terapii:**<br>1) niemowlęta i dzieci w okresie poniemowlęcym z nawracającymi stanami hipoglikemii:<br>a) ocena czy ustąpiły stany hipoglikemii,<br>b) długość (z określeniem centyla i SDS) i masa ciała,<br>c) stężenie IGF-I i IGFBP3, z określeniem proporcji stężeń obu tych związków (należy podać normę laboratorium, w którym mierzono stężenie tych związków),<br>d) kilkukrotny pomiar glikemii, po kilkugodzinnej przerwie od ostatniego posiłku, odsetek glikowanej hemoglobiny (HbA1c),<br>e) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb;<br>2) u pozostałych dzieci — pomiary antropometryczne: wysokość (z określeniem centyla i SDS) i masa ciała, tempo wzrastania (w cm/rok) oraz BMI;<br>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);<br>4) glikemia na czczo i odsetek hemoglobiny glikowanej (HbA1c);<br>5) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb; |

| | | |
|---|---|---|
| | | 6) dojrzałość płciowa na podstawie skali Tannera.<br><br>**2.2. Co 180 dni:**<br>1) pomiary antropometryczne: wysokość (z określeniem centyla i SDS) i masa ciała, tempo wzrastania (w cm/rok) oraz BMI;<br>2) dojrzałość płciowa na podstawie skali Tannera;<br>3) pomiar stężenia glukozy we krwi z pomiarem odsetka glikowanej hemoglobiny HbA1C lub co 365 dni test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii;<br>4) pomiar stężenia TSH i fT4;<br>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);<br>6) Inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb.<br><br>**2.3. Co 365 dni:**<br>1) RTG śródręcza i nadgarstka ręki niedominującej z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego);<br>2) jonogram surowicy krwi (co najmniej stężenie Na+ i Ca++ całkowitego i zjonizowanego);<br>3) ocena przemian lipidowych: stężenia triglicerydów, całkowitego cholesterolu oraz frakcji HDL- i LDL-cholesterolu;<br>4) ocena czynności wątroby: AIAT i AspAT;<br>5) stężenie 25(OH) wit. D (w uzasadnionych przypadkach);<br>6) konsultacja okulistyczna, z oceną dna oka (w uzasadnionych przypadkach);<br>7) morfologia krwi z rozmazem;<br>8) inne konsultacje i badania w zależności od potrzeb. |

| | | |
|---|---|---|
| | | **2.4. Badania po zakończeniu terapii hormonem wzrostu promującej wzrastanie:**<br>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).<br>Badania są wykonywane według standardów diagnozowania świadczeniobiorców z somatotropinową lub wielohormonalną niedoczynnością przysadki (SNP/WNP).<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) 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.<br><br>**1.Kryteria kwalifikacji**<br>1) skrajna niskorosłość, tj. wysokość ciała poniżej -3 SD w odniesieniu do płci i wieku, na siatkach centylowych dla populacji dzieci polskich;<br>2) stężenie IGF-1 poniżej -2,5 SDS w odniesieniu do płci i wieku;<br>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);<br>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.);<br>5) rozpoznanie ciężkiego pierwotnego niedoboru IGF-1 potwierdzone testem generacji somatomedyn;<br>6) w przypadkach wątpliwych badania molekularne w kierunku rozpoznania mutacji w obrębie receptora hormonu | **1. Dawkowanie**<br>Mecaserminum podawane jest w dawce 0,04 - 0,12 mg/kg masy ciała dwa razy na dobę. | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) pomiar stężenia IGF-1;<br>2) pomiar stężenia $IGFBP_3$;<br>3) pomiar stężenia glukozy we krwi;<br>4) test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii;<br>5) pomiar odsetka glikowanej hemoglobiny $HbA_{1c}$;<br>6) pomiar stężenia TSH, pomiar stężenia $fT_4$;<br>7) jonogram surowicy krwi (co najmniej pomiar stężenia Na+);<br>8) konsultacja laryngologiczna z audiogramem;<br>9) konsultacja kardiologiczna z USG układu sercowo-naczyniowego;<br>10) konsultacja okulistyczna (w zależności od potrzeb);<br>11) RTG śródręcza z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego);<br>12) obrazowanie ośrodkowego układu nerwowego (TK z kontrastem lub MRI).<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>**2.1 30 dni po rozpoczęciu leczenia**<br>1) pomiar stężenia IGF-1;<br>2) pomiar stężenia $IGFBP_3$;<br>3) pomiar stężenia glukozy we krwi;<br>4) test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii |

| | | |
|---|---|---|
| wzrostu, mutacji genu kodującego syntezę IGF-1 lub promotora tego genu.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>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.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia z programu lub czasowego zaprzestania terapii preparatem rhIGF-1**<br>1) nawracające, zagrażające życiu stany hipoglikemii;<br>2) złuszczenia głowy kości udowej;<br>3) pseudo-tumor cerebri;<br>4) ujawnienia lub wznowy choroby rozrostowej;<br>5) brak zgody pacjenta na kontynuację leczenia;<br>6) niezadowalający efekt leczenia, tj. przyrost wysokości ciała pacjenta leczonego za pomocą rhIGF-1 < 3 cm/rok;<br>7) osiągnięcie wieku kostnego:<br>a) powyżej 14 lat przez dziewczynkę,<br>b) powyżej 16 lat przez chłopca. | | lub<br>5) pomiar odsetka glikowanej hemoglobiny $HbA_{1c.}$<br><br>**2.2 Co 90 dni**<br>1) pomiar stężenia IGF-1;<br>2) pomiar stężenia IGFBP3;<br>3) pomiar stężenia glukozy we krwi.<br>**2.3 Co 180 dni**<br>1) pomiar stężenia TSH;<br>2) pomiar stężenia fT4;<br>3) jonogram surowicy krwi (co najmniej pomiar stężenia Na+);<br>4) pomiar odsetka glikowanej hemoglobiny HbA 1c. lub co 365 dni<br>5) test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii<br>**2.5 Co 365 dni**<br>1) konsultacja laryngologiczna z audiogramem;<br>2) konsultacja kardiologiczna z USG układu sercowo-naczyniowego;<br>3) RTG śródręcza z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego);<br>4) obrazowanie ośrodkowego układu nerwowego (TK z kontrastem lub MRI) - w zależności od potrzeb.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) przekazywanie informacji 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.<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br>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):<br>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;<br>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**<br>1.1 Zalecana dawka dobowa betainy bezwodnej u pacjentów dorosłych i dzieci w wieku powyżej 10 lat wynosi 6 g.<br>Preparat podaje się doustnie, dwa razy na dobę, w dawkach podzielonych po 3 g.<br>W ciężkich postaciach deficytu MTHFR może wystąpić konieczność zwiększenia dawki do 9 g betainy na dobę.<br><br>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:**<br>1) poziom homocysteiny całkowitej we krwi;<br>2) poziom metioniny we krwi (aminoacydogram);<br>3) morfologia krwi;<br>4) stężenie witaminy $B_{12}$ i kwasu foliowego we krwi;<br>5) profil kwasów organicznych moczu metodą GC/MS z ilościową oceną wydalania kwasu metylomalonowego;<br>6) profil acylokarnityn metodą MS/MS;<br>7) MRI OUN;<br>8) konsultacja neurologiczna;<br>9) badanie psychologiczne, z oceną ilorazu inteligencji;<br>10) badanie densytometryczne kośćca (dla pacjentów powyżej 5 roku życia);<br>11) konsultacja okulistyczna, z oceną narządu wzroku w lampie szczelinowej (jeśli pacjent nie przebył lansektomii).<br><br>**2. Monitorowanie leczenia raz na 180 dni:**<br>1) poziom homocysteiny całkowitej we krwi;<br>2) poziom metioniny we krwi (aminoacydogram);<br>3) morfologia krwi;<br>4) stężenie witaminy $B_{12}$, kwasu foliowego, witaminy $250HD_3$ we krwi;<br>5) poziom Ca, $PO_4^{3-}$, fosfatazy alkalicznej we krwi;<br>6) badanie psychologiczne, z oceną ilorazu inteligencji;<br>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 $B_6$;<br>3) w przypadku niejednoznacznych wyników badań biochemicznych wskazane jest potwierdzenie rozpoznania badaniem enzymatycznym, analizą komplementarności w fibroblastach skóry lub analizą DNA.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia:**<br>1) wystąpienie nadwrażliwości na betainę;<br>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;<br>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);<br>4) stwierdzenie nieskuteczności leczenia - weryfikacji skuteczności leczenia dokonuje co 6 miesięcy Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii;<br>5) ciąża lub karmienie piersią. | | 8) konsultacja neurologiczna;<br>9) konsultacja dietetyczna.<br><br>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.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) przekazywanie informacji 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.<br>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się, co 6 miesięcy, w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.<br>W programie finansuje się leczenie następującymi substancjami:<br>1) *alglukozydazą alfa*;<br>2) *awalglukozydazą alfa*,<br>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br>Do leczenia *alglukozydazą alfa* lub *awalglukozydazą alfa* kwalifikowani są pacjenci, którzy spełniają poniższe kryteria:<br>1) diagnoza choroby Pompego na podstawie udokumentowanego braku lub głębokiego niedoboru aktywności alfa-glukozydazy w leukocytach krwi obwodowej lub fibroblastach skóry, potwierdzona badaniem molekularnym.<br>2) klasyczna postać (wczesna, typ niemowlęcy) lub nieklasyczna postać (późna, late-onset) choroby Pompego, | **1. Dawkowanie**<br>**1.1.** Alglukozydazą alfa<br>Zalecana dawka wynosi 20 mg/kg masy ciała i jest podawana raz na dwa tygodnie.<br>**1.2.** Awalglukozydaza alfa<br>Dawka maksymalna wynosi 20 mg/kg masy ciała i jest podawana raz na dwa tygodnie.<br><br>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**<br>**1.1. Postać klasyczna choroby**<br>1) badanie aktywności alfa-glukozydazy w leukocytach lub fibroblastach skóry – potwierdzone badaniem molekularnym;<br>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;<br>3) morfologia krwi z rozmazem;<br>4) ocena układu krzepnięcia (INR, APTT);<br>5) aktywność enzymów wątrobowych: AlAT, AspAT;<br>6) aktywność CK, CK-MB;<br>7) gazometria;<br>8) USG jamy brzusznej z oceną wielkości wątroby;<br>9) pomiary antropometryczne masy i długości/wysokości ciała;<br>10) pomiar ciśnienia tętniczego krwi;<br>11) EKG;<br>12) USG serca;<br>13) RTG klatki piersiowej;<br>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.<br><br>**2. Zamiana enzymatycznej terapii zastępczej**<br>Dopuszcza się zamianę enzymatycznej terapii zastępczej w przypadku:<br>1) wystąpienia objawów niepożądanych zagrażających życiu i niemożliwości prowadzenia dalszej terapii<br>albo<br>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.<br>- przy czym taka zamiana nie zmienia linii leczenia.<br>Znaczna progresja choroby w trakcie pierwotnie wdrożonego leczenia uniemożliwia taką procedurę.<br><br>**3. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br>Do programu włączane są pacjentki, bez konieczności ponownej kwalifikacji po zweryfikowaniu ich ogólnego stanu zdrowia | | 15) konsultacja neurologiczna;<br>16) konsultacja kardiologiczna.<br><br>**1.2. Postać nieklasyczna choroby**<br>1) badanie aktywności alfa-glukozydazy w leukocytach lub fibroblastach skóry- potwierdzone badaniem molekularnym;<br>2) morfologia krwi z rozmazem;<br>3) ocena układu krzepnięcia (INR, APTT);<br>4) aktywność enzymów wątrobowych: AlAT, AspAT, GGTP;<br>5) stężenie CK, CK-MB;<br>6) gazometria;<br>7) USG jamy brzusznej;<br>8) RTG kręgosłupa (odcinek piersiowy i lędźwiowy);<br>9) pomiary antropometryczne masy i wysokości ciała;<br>10) pomiar ciśnienia tętniczego krwi;<br>11) EKG;<br>12) USG serca;<br>13) RTG klatki piersiowej;<br>14) konsultacja pulmonologiczna (z oceną wydolności oddechowej);<br>15) badanie spirometryczne w pozycji siedzącej i stojącej (jeśli stan kliniczny pacjenta pozwala na wykonanie badania);<br>16) konsultacja laryngologiczna;<br>17) badanie audiometryczne;<br>18) badanie okulistyczne;<br>19) konsultacja ortopedyczna (z oceną statyki kręgosłupa);<br>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.<br><br>**4. Kryteria wyłączenia**<br>1) stwierdzenie braku skuteczności leczenia – weryfikację skuteczności leczenia dokonuje co 6 miesięcy Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii;<br>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;<br>3) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;<br>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;<br>5) okres ciąży lub karmienia piersią;<br>6) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia;<br>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;<br>22) konsultacja psychologiczna;<br>23) test 3/6 minutowego marszu (jeśli stan kliniczny pacjenta pozwala na wykonanie badania);<br>24) ocena sprawności ruchowej za pomocą wskaźnika Barthel.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>Okresowej oceny skuteczności terapii oraz stanu pacjenta dokonuje lekarz niezaangażowany w leczenie świadczeniobiorców z chorobą Pompego.<br>Przedłużenie leczenia następuje co 6 miesięcy, decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii).<br>**2.1. Co 180 dni:**<br>**2.1.1. Postać klasyczna choroby**<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) aktywność enzymów wątrobowych: AlAT, AspAT;<br>3) stężenie CK, CK-MB;<br>4) gazometria;<br>5) ocena układu krzepnięcia (INR, APTT);<br>6) pomiary antropometryczne masy i długości/wysokości ciała;<br>7) pomiar ciśnienia tętniczego krwi;<br>8) EKG;<br>9) USG serca;<br>10) USG jamy brzusznej;<br>11) RTG klatki piersiowej;<br>12) konsultacja neurologiczna;<br>13) konsultacja kardiologiczna; |

| | | |
|---|---|---|
| | | 14) konsultacja pulmonologiczna.<br>**2.1.2. Postać nieklasyczna choroby**<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) aktywność enzymów wątrobowych: AlAT, AspAT;<br>3) stężenie CK, CK-MB;<br>4) gazometria;<br>5) badanie spirometryczne (jeśli stan kliniczny pacjenta pozwala na wykonanie badania);<br>6) pomiary antropometryczne;<br>7) pomiar ciśnienia tętniczego krwi;<br>8) EKG;<br>9) USG serca<br>10) test 3/6 minutowego marszu (jeśli stan kliniczny pacjenta pozwala na wykonanie badania);<br>11) konsultacja neurologiczna (z oceną siły mięśniowej np. za pomocą dynamometru);<br>12) konsultacja kardiologiczna.<br><br>**2.2. Co 365 dni:**<br>**2.2.1. Postać klasyczna choroby**<br>1) badanie miana przeciwciał przeciwko alglukozydazie alfa lub awalglukozydazie alfa (badanie nieobligatoryjne – zalecane przez Zespół Koordynacyjny).<br>**2.2.2. Postać nieklasyczna choroby**<br>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);<br>3) ocena sprawności ruchowej za pomocą wskaźnika Barthel;<br>4) konsultacja pulmonologiczna;<br>5) RTG klatki piersiowej;<br>6) konsultacja laryngologiczna (w tym audiologia).<br><br>Weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o w/w kryteria oraz ocenę stanu klinicznego pacjenta dokonywaną przez Zespół Koordynacyjny.<br>Dane gromadzone są w SMPT i analizowane przez Zespół Koordynacyjny, który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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.;<br>3) 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.<br>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia co 6 miesięcy odbywa się, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.<br><br>**1. Leczenie choroby Gauchera typu I imiglucerazą albo welaglucerazą alfa albo eliglustatem oraz choroby Gauchera typu III imiglucerazą**<br>**1.1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) Brak lub znaczny niedobór aktywności β-glukocerebrozydazy w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzony badaniem molekularnym;<br>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;<br>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;<br>4) Nie jest refundowane leczenie świadczeniobiorców z asymptomatyczną (bezobjawową) postacią choroby Gauchera;<br>Do programu włączane są, bez konieczności ponownej kwalifikacji, pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą lub chorzy | **1. Imigluceraza**<br>Dawka imiglucerazy zależy od ciężkości objawów i wynosi 15-60 U/kg m.c. podawanych co 14 ±3 dni w postaci jednogodzinnych wlewów dożylnych.<br>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.<br><br>**2. Welaglucerazą alfa**<br>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.<br><br>**3. Eliglustat**<br>U pacjentów ze średnim (IM) i szybkim metabolizmem (EM) zalecana dawka eliglustatu to 84 mg dwa razy na dobę.<br>U pacjentów ze słabym metabolizmem (PM) zalecana dawka eliglustatu to 84 mg raz na dobę.<br>W przypadku pominięcia dawki, należy przyjąć | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) Stwierdzenie braku lub znacznego niedoboru aktywności enzymu β-glukocerebrozydazy w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzone wynikiem badania molekularnego (nie dotyczy pacjentów wcześniej leczonych);<br>2) Oznaczenie aktywności cytochromu CYP2D6 (wyłączenie przy kwalifikacji do terapii eliglustatem);<br>3) Morfologia krwi pełna z rozmazem;<br>4) Układ krzepnięcia: APTT, INR;<br>5) Próby wątrobowe: AlAT, AspAT, bilirubina;<br>6) Aktywność fosfatazy alkalicznej;<br>7) Stężenia witaminy D, B12, E;<br>8) Stężenie cholesterolu;<br>9) Chitotriozydaza;<br>10) USG jamy brzusznej, z określeniem wielkości wątroby i śledziony;<br>11) Pomiary antropometryczne (co najmniej masy i wysokości ciała);<br>12) Badanie densytometryczne kości (DEXA);<br>13) MRI kości długich (badanie obligatoryjne jedynie u pacjentów z nieprawidłowościami układu kostno-stawowego lub w przypadku pojawienia się dolegliwości bólowych);<br>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**<br>1) Nadwrażliwość na ETZ;<br>2) Inne wskazania kliniczne dla prowadzenia terapii w formie doustnej (np. trudności z dożylną iniekcją ETZ).<br><br>**4. Kryteria zmiany leczenia eliglustatem na enzymatyczną terapię zastępczą.**<br>W przypadku wystąpienia przynajmniej jednego z poniższych zdarzeń.<br>1) Nadwrażliwość na eliglustat;<br>2) Znaczna progresja choroby pomimo podjętego leczenia;<br>3) Ciąża;<br>4) Laktacja;<br>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);<br>5) Pomiary antropometryczne (co najmniej masy i wysokości ciała, z oceną tempa wzrastania u dzieci do zakończenia procesu wzrastania);<br>6) Badanie densytometryczne kości (DXA) lub MRI kości długich;<br>7) Konsultacja ortopedyczna (w uzasadnionych przypadkach);<br>8) Konsultacja kardiologiczna (w uzasadnionych przypadkach);<br>9) Konsultacja neurologiczna, EEG, MRI ośrodkowego układu nerwowego (w uzasadnionych przypadkach);<br>10) Spirometria (w uzasadnionych przypadkach);<br>11) Chitotriozydaza;<br>12) Ocena jakości życia SF 36 lub określona inną metodą (poza wynikiem należy podać rodzaj stosowanej metody) (opcjonalnie).<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) Przekazywanie informacji 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.<br><br>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się co 6 miesięcy, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br>Brak lub głęboki niedobór aktywności enzymu α-L-iduronidaza w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzone badaniem molekularnym.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Przedłużenie leczenia następuje co 6 miesięcy decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich, na podstawie nadesłanej Karty Monitorowania Terapii.<br><br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia**<br>1) ciąża lub laktacja; | **1. Dawkowanie**<br>Zalecana dawka laronidazy wynosi 100 j./kg masy ciała, podawana raz w tygodniu, we wlewie dożylnym.<br><br>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<br><br>Całkowitą objętość leku należy podać w okresie około 3-4 godzin.<br><br>Podawanie leku powinno być nadzorowane przez lekarza posiadającego doświadczenie w diagnozowaniu i leczeniu pacjentów z mukopolisacharydozą typu 1 lub innych dziedzicznych zaburzeń metabolizmu.<br><br>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**<br>1) stwierdzenie braku lub głębokiego niedoboru aktywności α-L-iduronidazy w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzone badaniem molekularnym;<br>2) badanie wydalania glikozaminoglikanów z moczem;<br>3) ocena miana przeciwciał przeciwko α-L-iduronidazie (nie jest badaniem obligatoryjnym);<br>4) morfologia krwi z rozmazem;<br>5) aktywność enzymów wątrobowych: AlAT, AspAT;<br>6) stężenie fosfatazy alkalicznej;<br>7) stężenie witamin E i D;<br>8) ocena równowagi kwasowo-zasadowej;<br>9) USG jamy brzusznej, z oceną objętości wątroby i śledziony;<br>10) MRI OUN, z oceną odcinka szyjnego kręgosłupa;<br>11) RTG kośćca, co najmniej RTG kręgosłupa;<br>12) badanie psychologiczne, z oceną ilorazu inteligencji;<br>13) pomiar ciśnienia tętniczego krwi;<br>14) EKG;<br>15) USG układu sercowo-naczyniowego;<br>16) konsultacja laryngologiczna;<br>17) badanie audiometryczne;<br>18) konsultacja ortopedyczna, z oceną ruchomości stawów;<br>19) EMG, do oceny występowania zespołu cieśni nadgarstka;<br>20) konsultacja neurologiczna;<br>21) konsultacja kardiologiczna; |

| | | |
|---|---|---|
| 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na laronidazę;<br>3) znaczna progresja choroby pomimo podjętego leczenia;<br>4) stan po HSCT po uzyskaniu zadowalającego poziomu enzymu we krwi obwodowej (zadowalającego chimeryzmu);<br>5) brak współpracy pacjenta przy realizacji programu. | | 22) test 3/6 minutowego marszu;<br>23) pomiary antropometryczne;<br>24) badanie spirometryczne układu oddechowego;<br>25) badanie okulistyczne z oceną w lampie szczelinowej.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>**2.1 Raz na 180 dni**<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) aktywność enzymów wątrobowych: AlAT, AspAT;<br>3) stężenie fosfatazy alkalicznej;<br>4) test 3/6 minutowego marszu.<br><br>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.<br><br>**2.2 Co 365 dni**<br>1) ocena wydalania glikozaminoglikanów z moczem (po 6 miesiącach od wprowadzenia terapii, a następnie co 365 dni);<br>2) stężenie witaminy E i D;<br>3) USG jamy brzusznej, z oceną objętości wątroby i śledziony;<br>4) MRI OUN, z oceną odcinka szyjnego kręgosłupa (MRI OUN w przypadku nieprawidłowości w poprzednim badaniu lub pojawienia się lub nasilenia objawów neurologicznych);<br>5) pomiary antropometryczne;<br>6) EKG;<br>7) USG serca;<br>8) konsultacja kardiologiczna;<br>9) konsultacja laryngologiczna; |

| | | |
|---|---|---|
| | | 10) badanie audiometryczne;<br>11) konsultacja ortopedyczna z oceną zakresu ruchomości stawów;<br>12) EMG, do oceny występowania zespołu cieśni nadgarstka (w uzasadnionych przypadkach);<br>13) konsultacja neurologiczna;<br>14) badanie spirometryczne układu oddechowego;<br>15) badanie okulistyczne z oceną w lampie szczelinowej;<br>16) badanie psychologiczne, z oceną ilorazu inteligencji;<br>17) test 3/6 minutowego marszu;<br>18) RTG kośćca, co najmniej RTG kręgosłupa;<br>19) pomiar ciśnienia tętniczego krwi.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) przekazywanie informacji 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)

<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 dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.<br>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.<br><br>1. Kryteria kwalifikacji<br>a) mukopolisacharydoza typu II zdiagnozowana na podstawie udokumentowanego, znacznego deficytu aktywności enzymu sulfatazy iduronianu w surowicy lub leukocytach krwi obwodowej lub w fibroblastach skóry;<br>b) wiek chorego powyżej ukończonego 5 roku życia.<br><br>2. Określenie czasu leczenia w programie<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>3. Kryteria wyłączenia<br>1) ciąża lub laktacja;<br>2) obecność poważnych wrodzonych anomalii rozwojowych lub chorób współistniejących, które w ocenie lekarza kwalifikującego do leczenia lub Zespołu Koordynacyjnego</td>
<td>1. Dawkowanie<br>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.</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) układ krzepnięcia;<br>3) proteinogram;<br>4) gazometria;<br>5) AspAT, AlAT, CK, bilirubina;<br>6) cholesterol;<br>7) witamina D i K;<br>8) wydalanie mukopolisacharydów z moczem;<br>9) poziom przeciwciał przeciwko sulfatazie iduronianu (badanie nie jest obligatoryjne);<br>10) parametry życiowe;<br>11) pomiary antropometryczne;<br>12) EEG;<br>13) EKG;<br>14) echokardiografia;<br>15) RTG klatki piersiowej;<br>16) USG jamy brzusznej;<br>17) MRI OUN z uwzględnieniem odcinka szyjnego kręgosłupa;<br>18) RTG kręgosłupa;<br>19) diagnostyka zespołu cieśni nadgarstka (EMG);<br>20) badanie pulmonologiczne (wydolność oddechowa, spirometria);<br>21) badanie audiometryczne;<br>22) badanie ortopedyczne, z oceną ruchliwości stawów</td>
</tr>
</table>

| | | |
|---|---|---|
| ds. Chorób Ultrarzadkich, mogą uniemożliwić poprawę stanu zdrowia;<br>3) znaczna progresja choroby pomimo leczenia. | | 23) badanie okulistyczne;<br>24) badanie psychologiczne z określeniem ilorazu inteligencji lub rozwoju psychoruchowego u młodszych dzieci;<br>25) badanie narządu ruchu oraz funkcji motorycznych;<br>26) test 3/6 minutowego marszu;<br>27) test SF36.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>**2.1** W pierwszym roku leczenia wykonywanie badań powinno być przeprowadzone co 6 miesięcy<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) układ krzepnięcia;<br>3) gazometria;<br>4) CK;<br>5) AspAT, AlAT, bilirubina;<br>6) wydalanie mukopolisacharydów z moczem;<br>7) poziom przeciwciał przeciwko sulfatazie iduronianu (badanie nie jest obligatoryjne);<br>8) ocena parametrów życiowych;<br>9) pomiary antropometryczne;<br>10) EKG;<br>11) echokardiografia;<br>12) EEG;<br>13) USG jamy brzusznej;<br>14) badanie pulmonologiczne (wydolność oddechowa, spirometria);<br>15) badanie ortopedyczne, z oceną ruchliwości stawów;<br>16) badanie narządu ruchu oraz funkcji motorycznych;<br>17) badanie psychologiczne z określeniem ilorazu inteligencji lub rozwoju psychoruchowego u młodszych dzieci;<br>18) test 3/6 minutowego marszu;<br>19) test SF36.<br>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.<br><br>**2.2 Co 365 dni**<br>1) cholesterol;<br>2) witaminy D i K;<br>3) RTG klatki piersiowej;<br>4) RTG kręgosłupa;<br>5) MRI OUN wskazane przede wszystkim w przypadku współistniejącego wodogłowia (w zależności od decyzji lekarza);<br>6) badanie audiometryczne;<br>7) badanie okulistyczne, z oceną dna oka;<br>8) diagnostyka zespołu cieśni nadgarstka (EMG).<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) przekazywanie informacji 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**<br>a) wiek od 6 lat<br>b) udokumentowane przewlekłe zakażenie płuc wywołane przez Pseudomonas aeruginosa,<br>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)<br>Kryteria kwalifikacji leczenia tobramycyną muszą być spełnione łącznie.<br><br>**1b. Kryteria do kwalifikacji do leczenia lewofloksacyną**<br>a) wiek od 18 lat<br>b) udokumentowane przewlekłe zakażenie płuc wywołane przez Pseudomonas aeruginosa,<br>c) nietolerancja lub brak poprawy lub stabilizacji klinicznej po stosowaniu kolistyny wziewnej<br>d) nietolerancja lub brak poprawy lub stabilizacji klinicznej po stosowaniu tobramycyny wziewnej | **1a. Dawkowanie tobramycyny**<br>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.<br>Odstęp pomiędzy kolejnymi dawkami powinien wynosić 12 godzin.<br>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).<br><br>**1b. Dawkowanie lewofloksacyny**<br>Dawkowanie lewofloksacyny odbywa się zgodnie z zasadami określonymi w obowiązującej Charakterystyce Produktu Leczniczego.<br>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**<br>1) stężenie kreatyniny;<br>2) stężenie mocznika;<br>3) test degranulacji bazofilów (opcjonalnie);<br>4) badanie mikrobiologiczne potwierdzające oporność P. aeruginosa na kolistynę oraz potwierdzające wrażliwość drobnoustroju na tobramycynę;<br>5) RTG klatki piersiowej;<br>6) badanie spirometryczne przed i po podaniu kolistyny (2 mln j.m.) w celu potwierdzenia nietolerancji leku;<br>7) audiometria.<br><br>**1b. Badania przy kwalifikacji do leczenia lewofloksacyną**<br>1) stężenie kreatyniny w surowicy krwi;<br>2) badanie mikrobiologiczne potwierdzające zakażenie dróg oddechowych Pseudomonas aeruginosa;<br>3) EKG;<br>4) oznaczenie stężenia glukozy na czczo we krwi.<br><br>**2a. Monitorowanie leczenia tobramycyną** |

| | | |
|---|---|---|
| Kryteria do kwalifikacji leczenia lewofloksacyną muszą być spełnione łącznie.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie należy kontynuować cyklicznie dopóki świadczeniobiorca odnosi korzyści z włączenia tobramycyny albo lewofloksacyny do schematu leczenia.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia**<br>a) nadwrażliwość na tobramycynę albo lewofloksacynę, inny aminoglikozyd, inne chinolony (dotyczy lewofloksacyny), czy substancję pomocniczą;<br>b) upośledzenie słuchu (z dużą ostrożnością należy rozważyć stosowanie leku u świadczeniobiorcy przyjmującego inne leki ototoksyczne) – dotyczy tobramycyny;<br>c) uszkodzenie nerek (stężenie kreatyniny w surowicy nie mniejsze niż 2mg/dl lub mocznika nie mniejsze niż 40mg/dl);<br>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;<br>e) stwierdzenie ropnia płuca w RTG klatki piersiowej;<br>f) choroby ścięgien związane z podawaniem fluorochinolonów w wywiadzie – dotyczy lewofloksacyny;<br>g) choroby tkanki łącznej – dotyczy lewofloksacyny;<br>h) padaczka lub zaburzenia wymagające podawania leków przeciwdrgawkowych – dotyczy lewofloksacyny; | | **2.1** Badania przeprowadzane od 8 tygodnia leczenia i powtarzane co 8 tygodni:<br>1) badanie mikrobiologiczne;<br>2) badanie spirometryczne.<br>**2.2** Badania przeprowadzane co 48 tygodni leczenia:<br>1) stężenie kreatyniny;<br>2) stężenie mocznika;<br>3) badanie mikrobiologiczne;<br>4) badanie spirometryczne;<br>5) badanie słuchu – audiometria.<br><br>**2b. Monitorowanie leczenia lewofloksacyną**<br>**2.1.** Wizyty kontrolne co 4 miesiące (co 2 cykle terapii).<br>**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):<br>1) stężenie kreatyniny w surowicy krwi;<br>2) oznaczenie stężenia glukozy na czczo we krwi;<br>3) badanie spirometryczne;<br>4) EKG.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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;<br>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;<br>3) przekazywanie informacji 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**<br>Do leczenia z zastosowaniem toksyny botulinowej w ramach programu kwalifikuje się pacjentów spełniających łącznie kryteria 1,2,3,4 i 5.<br>1) Komplet badań diagnostycznych świadczących o przeprowadzeniu diagnostyki różnicowej i dokumentujących rozpoznanie choroby podstawowej:<br>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,<br>b) w kurczu powiek: w wybranych przypadkach różnicowanie z miastenią (próba nużliwości mięśni),<br>c) w połowicznym kurczu twarzy: badanie TK lub MRI głowy,<br>d) w dystonii krtaniowej (dotyczy tylko produktów Botox i Dysport): TK lub MRI głowy i szyi, w wybranych przypadkach badanie foniatryczne,<br>e) w dystonii twarzy (dotyczy tylko produktów Botox i Dysport): TK lub MRI głowy i szyi,<br>f) w dystoniach zadaniowych: TK lub MRI głowy i szyi, w wybranych przypadkach badanie elektromiograficzne;<br>2) Wykluczenie miastenii i zespołu miastenicznego na podstawie wywiadu i badania neurologicznego (wykonanie dodatkowych badań jedynie w uzasadnionych przypadkach); | **1. Dawkowanie**<br>**1.1. Botulinum A toxin a 500 j. i Botulinum A toxin a 300 j. (Dysport)**<br>a) Kręcz karku maksymalna dawka jednorazowa: 1000 j.m.;<br>b) Kurcz powiek maksymalna dawka jednorazowa: 120 j.m. na 1 oko;<br>c) Połowiczy kurcz twarzy maksymalna dawka jednorazowa: 120 j.m. na 1 oko;<br>d) Dystonia krtaniowa maksymalna dawka jednorazowa: 80 j.m.;<br>e) Dystonia twarzy maksymalna dawka jednorazowa: 400 j.m.;<br>f) Dystonie zadaniowe (np. kurcz pisarski, kurcze zawodowe) maksymalna dawka jednorazowa: 300 j.m..<br>**1.2. Botulinum A toxin a 100 j. (Botox)**<br>a) Kręcz karku maksymalna dawka jednorazowa: 300 j.m.; | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) Poziom miedzi;<br>2) Poziom ceruloplazminy;<br>3) Tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny głowy (w przypadkach wyszczególnionych w punkcie 1 kryteriów kwalifikacji);<br>4) Badanie foniatryczne – w wybranych przypadkach w leczeniu dystonii krtaniowej;<br>5) Badanie elektromiograficzne – w wybranych przypadkach w leczeniu dystonii zadaniowych.<br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>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.<br>**3. Monitorowanie programu** |

| | | |
|---|---|---|
| 3) Brak objawów uogólnionego zakażenia;<br>4) Wykluczenie obecności stanu zapalnego w obrębie planowanego miejsca podania;<br>5) Wykluczenie ciąży na podstawie wywiadu.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>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.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia**<br>1) Brak poprawy klinicznej w ocenie lekarza po co najmniej 3 kolejnych podaniach leku;<br>2) Nadwrażliwość na kompleks neurotoksyny lub którykolwiek ze składników leku;<br>3) Powstanie oporności na lek;<br>4) Stwierdzenie miastenii lub zespołu miastenicznego;<br>5) Objawy uogólnionego zakażenia;<br>6) Zapalenie okolicy miejsca podania;<br>7) Ciąża;<br>8) Przyjmowanie leków hamujących transmisję nerwowo-mięśniową (np. aminoglikozydy). | b) Kurcz powiek maksymalna dawka jednorazowa: 50 j.m. na 1 oko;<br>c) Połowiczy kurcz twarzy maksymalna dawka jednorazowa: 50 j.m. na 1 oko;<br>d) Dystonia krtaniowa maksymalna dawka jednorazowa: 20 j.m.;<br>e) Dystonia twarzy maksymalna dawka jednorazowa: 80 j.m.;<br>f) Dystonie zadaniowe (np. kurcz pisarski, kurcze zawodowe) maksymalna dawka jednorazowa: 80 j.m..<br><br>**1.3. Botulinum A toxin a l00 j. (Xeomin)**<br>a) Kręcz karku maksymalna dawka jednorazowa: 300 j.m.;<br>b) Kurcz powiek maksymalna dawka jednorazowa: 50 j.m. na jedno oko;<br>c) Połowiczy kurcz twarzy maksymalna dawka jednorazowa: 50 j.m.;<br>d) Dystonie zadaniowe (np. kurcz pisarski, kurcze zawodowe) maksymalna dawka jednorazowa: 80 j.m.;<br><br>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;<br>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;<br>3) Przekazywanie informacji 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)

<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 programie finansuje się leczenie stwardnienia rozsianego substancjami:<br>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;<br>2) postać rzutowo - remisyjna (RRMS) w II linii leczenia: okrelizumab, fingolimod, natalizumab i.v., natalizumab s.c., alemtuzumab, kladrybina;<br>3) szybko rozwijająca się, ciężka postać choroby (RES RRMS): fingolimod, natalizumab i.v., natalizumab s.c., alemtuzumab, kladrybina;<br>4) postać pierwotnie postępująca (PPMS): okrelizumab;<br>5) postać wtórnie postępująca (SPMS): interferon beta-1b, siponimod.<br><br>1. Kryteria kwalifikacji<br>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.</td>
<td>1. Dawkowanie oraz sposób modyfikacji dawkowania w programie<br>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.</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji<br>1) badania biochemiczne w tym oceniające:<br>a) funkcje nerek,<br>b) funkcje wątroby,<br>c) funkcje tarczycy;<br>2) badanie ogólne moczu, a w przypadku alemtuzumabu wraz z mikroskopową oceną osadu;<br>3) morfologia krwi z rozmazem;<br>4) dla postaci rzutowo-remisyjnej oraz wtórnie postępującej rezonans magnetyczny przed i po podaniu kontrastu;<br>(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.);<br>5) dla postaci pierwotnie postępującej (dotyczy okrelizumabu): rezonans magnetyczny głowy i maksymalnie 2 odcinków rdzenia kręgowego przed i po podaniu kontrastu;<br>(rezonans magnetyczny wykonuje się w okresie kwalifikacji do programu. Jeżeli leczenie nie zostanie rozpoczęte w okresie 12</td>
</tr>
</table>

| | | |
|---|---|---|
| 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.<br>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.<br>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.<br>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.<br>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.<br>Do leczenia siponimodem kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach: 1,8,9,10 albo pacjenci spełniający kryterium 11.<br>1) rozpoznanie stwardnienia rozsianego oparte na aktualnych kryteriach diagnostycznych McDonalda łącznie z badaniami rezonansem magnetycznym, przed i po podaniu kontrastu;<br>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;<br>3) w przypadku rozpoznania postaci rzutowo - remisyjnej stwardnienia rozsianego, wystąpienie minimum 2 rzutów klinicznych niezależnie od zmian MRI w okresie 12 miesięcy przed kwalifikacją;<br>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);<br>6) test ciążowy u pacjentek w wieku rozrodczym;<br>7) ocena stanu neurologicznego z określeniem EDSS;<br>8) badanie EKG - dotyczy alemtuzumabu, fingolimodu, ozanimodu, ponesimodu, siponimodu;<br>9) częstość tętna i wartość ciśnienia tętniczego krwi - dotyczy teryflunomidu, alemtuzumabu, fingolimodu, ozanimodu, ponesimodu, siponimodu;<br>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;<br>11) konsultacja okulistyczna - u pacjentów z wywiadem w kierunku cukrzycy lub zapalenia błony naczyniowej oka - dotyczy fingolimodu, siponimodu, ozanimodu, ponesimodu;<br>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;<br>13) konsultacja dermatologiczna w ciągu 6 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia - dotyczy fingolimodu i siponimodu;<br>14) wykonanie testu na obecność przeciwciał anty-JCV w celu kwalifikacji do leczenia i stratyfikacji ryzyka PML - dotyczy natalizumabu iv. lub natalizumabu s.c.<br>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;<br>6) szybko rozwijająca się, ciężka postać choroby rozpoznawana kiedy zostaną spełnione oba poniższe parametry (pkt a oraz pkt b):<br>a) co najmniej dwa rzuty wymagające leczenia sterydami powodujące niesprawność,<br>b) zmiany w badaniu rezonansu magnetycznego:<br>– co najmniej jedna nowa zmiana GD (+)<br>lub<br>– co najmniej dwie nowe zmiany w sekwencji T2;<br>7) rozpoznanie postaci pierwotnie postępującej stwardnienia tj. spełnienie wszystkich poniższych warunków (pkt a, pkt b oraz pkt c):<br>a) wynik w skali EDSS od 3 do 6,5;<br>b) czas trwania od pierwszych objawów postaci pierwotnie postępującej stwardnienia rozsianego:<br>– mniej niż 10 lat u pacjentów z wynikiem EDSS w chwili kwalifikacji ≤ 5,0<br>lub<br>– mniej niż 15 lat u pacjentów z wynikiem EDSS w chwili kwalifikacji >5,0,<br>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;<br>17) konsultacja specjalisty ds. chorób zakaźnych lub specjalisty chorób płuc - dotyczy alemtuzumabu;<br>18) RTG płuc, a w razie potrzeby konsultacja specjalisty chorób płuc - dotyczy okrelizumabu;<br>19) standardowe badania przesiewowe w kierunku raka piersi zgodnie z lokalnymi wytycznymi - dotyczy okrelizumabu;<br>20) w przypadku kwalifikacji do terapii siponimodem:<br>a) określenie polimorfizmu genu CYP2C9,<br>b) u kobiet w wieku rozrodczym - test ciążowy, który musi być negatywny przed rozpoczęciem leczenia siponimodem;<br>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.<br><br>**2. Inicjacja leczenia**<br>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.<br><br>**3. Monitorowanie leczenia**<br>1) badanie neurologiczne z oceną EDSS co 3 - 6 miesięcy (zgodnie z decyzją lekarza prowadzącego); |

| | | |
|---|---|---|
| poprzedniego wykonanego badania MRI.):<br>– przynajmniej 1 ognisko wzmacniające się po Gd<br>lub<br>– przynajmniej 1 nowe lub powiększające ognisko T2;<br>8) rozpoznanie aktywnej postaci wtórnie postępującego stwardnienia rozsianego definiowanej jako aktywność kliniczna lub radiologiczna w ciągu ostatnich 24 miesięcy oraz<br>a) EDSS od 3,0 do 6,5 punktów,<br>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;<br>9) wiek pacjenta:<br>a) brak ograniczenia wiekowego w przypadku terapii interferonem beta lub octanem glatirameru,<br>b) od 10 roku życia dla terapii teryflunomidem lub fingolimodem,<br>c) wiek powyżej 12 roku życia w przypadku terapii fumaranem dimetylu, peginterferonem beta-1a, natalizumabem i.v.,<br>d) wiek od 18 roku życia w przypadku terapii alemtuzumabem, okrelizumabem, ozanimodem, ofatumumabem, ponesimodem, kladrybiną, siponimodem, natalizumabem s.c.<br>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);<br>(dopuszcza się odstąpienie od wykonania badania w przypadku pacjentek będących w ciąży);<br>3) postać pierwotnie postępująca oraz postać wtórnie postępująca - rezonans magnetyczny po każdych 12 miesiącach leczenia wg decyzji lekarza prowadzącego;<br>4) w trakcie leczenia należy wykonywać badania laboratoryjne zgodnie z zapisami właściwych Charakterystyk Produktów Leczniczych;<br>5) monitorowanie leczenia **siponimodem**:<br>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,<br>b) konsultacja okulistyczna 3 -4 miesiące po rozpoczęciu leczenia w celu wykluczenia obrzęku plamki, a następnie nie rzadziej niż raz w roku,<br>c) konsultacja okulistyczna w przypadku wystąpienia jakichkolwiek zaburzeń widzenia w trakcie leczenia siponimodem,<br>d) okresowa kontrola ciśnienia tętniczego krwi, nie rzadziej niż raz na 3 miesiące,<br>e) test ciążowy w odstępach czasu ustalonych przez lekarza,<br>f) konsultacja dermatologiczna po każdych 12 miesiącach leczenia,<br>6) monitorowanie leczenia **fingolimodem**:<br>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;<br>10) brak przeciwwskazań do leczenia wskazanych w Charakterystykach Produktów Leczniczych:<br>– 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;<br>11) do programu włącza się, bez konieczności ponownej kwalifikacji, w celu zapewnienia kontynuacji terapii:<br>a) pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą, które w momencie wyłączenia spełniały pozostałe kryteria przedłużenia leczenia,<br>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,<br>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,<br>b) okresowa kontrola ciśnienia tętniczego krwi, nie rzadziej niż raz na 3 miesiące,<br>c) badanie ogólne moczu w odstępach czasu ustalonych przez lekarza,<br>d) test ciążowy w odstępach czasu ustalonych przez lekarza,<br>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,<br>f) konsultacja dermatologiczna po każdych 12 miesiącach leczenia,<br>g) rezonans magnetyczny po każdych 12 miesiącach leczenia - podanie kontrastu do decyzji lekarza prowadzącego.<br>7) monitorowanie leczenia **natalizumabem i.v.** lub **natalizumabem s.c.**:<br>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,<br>b) badanie moczu z mikroskopową oceną osadu w odstępach czasu ustalonych przez lekarza,<br>c) test ciążowy w odstępach czasu ustalonych przez lekarza,<br>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.<br><br>**2. Zamiana leków**<br>Dokonując zmiany leku należy kierować się zapisami właściwych Charakterystyk Produktów Leczniczych.<br>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:<br>a) wystąpienia objawów niepożądanych<br>albo<br>b) w przypadku wystąpienia 1 lub więcej rzutów w poprzednich 12 miesiącach niezależnie od zmian w MRI<br>albo<br>c) w przypadku wystąpienia co najmniej 1 nowego ogniska GD+ lub co najmniej 2 nowych ognisk w sekwencji T2 (nie jest wymagane wystąpienie rzutu)<br>albo<br>d) jeżeli w opinii lekarza prowadzącego terapię zamiana taka wykazuje korzyść terapeutyczną dla pacjenta;<br>2) w ramach I linii leczenia rzutowo - remisyjnej postaci SM (RRMS) dopuszcza się możliwość zamiany leku na kladrybinę w przypadku:<br>a) wystąpienia 2 lub więcej rzutów w poprzednich 12 miesiącach niezależnie od zmian w MRI<br>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,<br>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.<br>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:<br>– 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)<br>lub<br>– 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.<br>8) monitorowanie leczenia **alemtuzumabem**:<br>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),<br>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:<br>a) wystąpienia objawów niepożądanych<br>albo<br>b) w przypadku wystąpienia 1 lub więcej rzutów w poprzednich 12 miesiącach niezależnie od zmian w MRI<br>albo<br>c) w przypadku wystąpienia co najmniej 1 nowego ogniska GD+ lub co najmniej 2 nowych ognisk w sekwencji T2 (nie jest wymagane wystąpienie rzutu)<br>albo<br>d) jeżeli w opinii lekarza prowadzącego terapię zamiana taka wykazuje korzyść terapeutyczną dla pacjenta;<br>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:<br>a) wystąpienia objawów niepożądanych lub ze względu na bezpieczeństwo chorego<br>albo<br>b) w przypadku nieskuteczności stosowanej terapii opisanej w pkt. 4;<br>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:<br>a) wystąpienia objawów niepożądanych lub ze względu na bezpieczeństwo chorego<br>albo<br>b) w przypadku nieskuteczności stosowanej terapii opisanej w | | diagnostyki w przypadku wskazań klinicznych),<br>c) u pacjentek przeprowadzenie raz w roku badania przesiewowego pod kątem zakażenia wirusem HPV,<br>d) badania należy kontynuować do 48 miesięcy po ostatnim kursie leczenia alemtuzumabem,<br>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.<br>9) monitorowanie leczenia **okrelizumabem**:<br>a) badanie morfologii krwi - przed każdym podaniem leku,<br>b) badanie ogólne moczu oraz test ciążowy - przed każdym podaniem leku,<br>c) badanie funkcji nerek i wątroby - przed każdym podaniem leku,<br>d) badanie HBsAg - przed każdym podaniem leku;<br>10) monitorowanie leczenia **kladrybiną**:<br>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,<br>b) ocena stanu neurologicznego z określeniem EDSS - przed kolejnym kursem leku,<br>c) morfologia krwi z rozmazem, z uwzględnieniem liczby limfocytów - przed kolejnym kursem leku,<br>d) badanie funkcji nerek i wątroby - przed kolejnym kursem leku, |

| | | |
|---|---|---|
| pkt. 4;<br>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.<br>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:<br>a) wystąpienia objawów niepożądanych lub ze względu na bezpieczeństwo chorego<br>albo<br>b) w przypadku nieskuteczności stosowanej terapii opisanej w pkt. 4;<br>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:<br>a) wystąpienia objawów niepożądanych lub ze względu na bezpieczeństwo chorego<br>albo<br>b) w przypadku nieskuteczności stosowanej terapii opisanej w pkt. 4;<br>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:<br>a) wystąpienia objawów niepożądanych lub ze względu na bezpieczeństwo chorego<br>albo<br>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,<br>f) badania przesiewowe w kierunku HIV oraz HBV, HCV, TBC - przed kolejnym kursem leku,<br>g) wizyta kontrolna, co 6 miesięcy z oceną stanu klinicznego - w kolejnych latach (do czasu zaistnienia kryteriów nieskuteczności lub wyłączenia),<br>h) MRI - zalecane raz na rok.<br><br>Badania oceniające skuteczność leczenia i umożliwiające kontynuacje leczenia w programie wykonuje się każdorazowo po 12 miesiącach leczenia.<br><br>**4. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) 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;<br>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.<br>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.<br>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.<br>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.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>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<br>3) w przypadku postaci rzutowo - remisyjnej:<br>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;<br>b) stan kliniczny chorego oceniany w trakcie badania kontrolnego w skali EDSS powyżej 7,0 (w trakcie remisji);<br>4) w przypadku podejrzenia postępującej wieloogniskowej leukoencefalopatii (PML) postępować zgodnie z zaleceniami dotyczącymi określonego produktu leczniczego opisanymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego.<br><br>**4. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Po 12 miesiącach trwania leczenia dokonuje się oceny skuteczności leczenia.<br>U chorych odpowiadających na leczenie po ocenie skuteczności, terapię można przedłużać o kolejne 12 miesięcy.<br>Łączny czas leczenia pacjenta, lekami modyfikującymi przebieg choroby zależy od decyzji lekarza.<br>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.<br>Maksymalny czas leczenia alemtuzumabem w ramach programu obejmuje podanie 2 początkowych kursów leczenia z dodatkowymi dwoma kursami leczenia, w razie potrzeby.<br>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.<br><br>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.<br><br>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:<br>1) liczba i ciężkość rzutów:<br>a) 2 lub więcej rzutów umiarkowanych wymagających leczenia sterydami<br>lub<br>b) 1 ciężki rzut wymagający leczenia sterydami po 6 miesiącach leczenia;<br>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,<br>b) 1 pkt EDSS, gdy EDSS od 4,0;<br>3) zmiany w badaniu rezonansu magnetycznego wykonanym po każdych 12 miesiącach, gdy stwierdza się jedno z poniższych:<br>a) więcej niż jedna nowa zmiana Gd (+),<br>b) więcej niż dwie nowe zmiany w sekwencji T2.<br><br>Za brak skuteczności leczenia okrelizumabem (w przypadku postaci pierwotnie postępującej) przyjmuje się wystąpienie jednego z poniższych:<br>1) pogorszenie w skali EDSS o co najmniej 2 pkt w ciągu 12 miesięcy;<br>2) EDSS powyżej 8,0.<br><br>W przypadku leczenia postaci wtórnie postępującej (SPMS) za brak skuteczności leczenia siponimodem lub interferonem beta-1b przyjmuje się jedno z poniższych:<br>1) pogorszenie w skali EDSS o co najmniej 2 pkt. w ciągu 12 miesięcy;<br>2) EDSS powyżej 8,0.<br><br>**5. Kryteria kontynuacji leczenia w programie**<br>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.<br>Po ukończeniu 18 roku życia nie ma konieczności ponownej kwalifikacji pacjenta do programu, po przeniesieniu leczenia do | | |

| | | |
|---|---|---|
| ośrodka dla dorosłych.<br>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**<br>Do leczenia toksyną botulinową w ramach programu kwalifikują się świadczeniobiorcy spełniający następujące kryteria:<br>1) potwierdzone rozpoznanie mózgowego porażenia dziecięcego z towarzyszącą spastycznością ograniczającą funkcjonowanie dziecka lub zagrażającą rozwojem utrwalonych przykurczy mięśniowych i deformacji kostno-stawowych.<br>2) wiek 2-17 lat.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie:**<br>Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów kwalifikacji i kryteriów wyłączenia z programu.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia**<br>1) nadwrażliwość na kompleks neurotoksyny lub którykolwiek ze składników leku;<br>2) powstanie oporności na leczenie;<br>3) myastenia gravis;<br>4) objawy uogólnionego zakażenia;<br>5) zapalenie okolicy miejsca podania;<br>6) ciąża. | **1. Dawkowanie Dysportu**<br>Dawka całkowita leku, na jedno podanie 30 j/kg, podzielonych na poszczególne mięśnie zgodnie z wzorcem spastyczności i oceną lekarza.<br><br>**2. Dawkowanie Botoxu**<br>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**<br>Morfologia krwi z rozmazem.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>EMG - badanie przeprowadzane zgodnie z harmonogramem dawkowania (w niektórych przypadkach uzasadniony jest wybór miejsca podania toksyny botulinowej przy pomocy badania EMG).<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) przekazywanie informacji 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);<br>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;<br>3) dodatkowe kryteria przedstawione w punkcie „Kryteria włączenia" dla poszczególnych leków lub połączeń lekowych.<br>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;<br>2) nadwrażliwość na substancję czynna lub substancje pomocnicze leku;<br>3) inne okoliczności uzasadnione względami medycznymi które wskazują konieczność zmiany terapii na inną (w obrębie lub poza programem leczenia TNP);<br>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)**<br>**I.A. LECZENIE POCZĄTKOWE (MONOTERAPIA)**<br>**1. Bosentan**<br>**1.1. Kryteria włączenia**<br>1) II lub III klasa czynnościowa.<br>**1.2. Kryteria wyłączenia**<br>1) co najmniej jedno z przeciwskazań wymienionych w ChPL.<br>**2. Sildenafil**<br>**2.1. Kryteria włączenia**<br>1) II lub III klasa czynnościowa<br>lub<br>2) I klasa czynnościowa, jeżeli do czasu ukończenia 18 roku życia pacjent był skutecznie leczony inhibitorem PDE5 – z wyłączeniem pacjentów z zespołem Eisenmengera.<br>**2.2. Kryteria wyłączenia**<br>1) nieskuteczność terapii lub powikłania terapii;<br>2) udar mózgu w ciągu ostatnich 90 dni;<br>3) zawał mięśnia sercowego w ciągu ostatnich 90 dni;<br>4) ciężkie niedociśnienie tętnicze (<90/50 mmHg) jeżeli nie jest objawem niewydolności prawej komory wtórnej do TNP; | **A. Leczenie TNP u dorosłych**<br>**1. Dawkowanie bosentanu**<br>1.1. W monoterapii - zgodnie z ChPL.<br>1.2. W terapii skojarzonej analogiczne do monoterapii.<br>**2. Dawkowanie iloprostu**<br>2.1. W monoterapii - zgodnie z ChPL.<br>2.2. W terapii skojarzonej analogiczne do monoterapii.<br>**3. Dawkowanie treprostinilu**<br>3.1. Dawka powinna być dostosowywana przez lekarza indywidualnie w zależności od:<br>1) stanu pacjenta;<br>2) odpowiedzi na leczenie;<br>3) tolerancji leczenia.<br>3.2. Zwiększenie dawkowania powinno wynikać z dążenia do osiągnięcia celów terapeutycznych zalecanych przez towarzystwa naukowe ESC, ERS, AEPC.<br>3.3. Przykładowe schematy dawkowania przedstawione są w ChPL. | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>**1.1. Badania nieinwazyjne:**<br>1) ocena klasy czynnościowej<br>2) test 6-minutowego marszu –<br>a) badanie nie dotyczy chorych w IV klasie czynnościowej z klinicznymi objawami zdekompensowanej niewydolności prawej komory<br>b) w przypadku dzieci dotyczy pacjentów, których parametry rozwojowe umożliwiają wykonanie badania;<br>3) oznaczenie NT-proBNP lub BNP (w zależności od dostępności),<br>4) badanie echokardiograficzne.<br>**1.2. Badania inwazyjne**<br>1.2.1. Cewnikowanie prawego serca (badanie hemodynamiczne) z oceną:<br>1) ciśnienia zaklinowania;<br>2) naczyniowego oporu płucnego;<br>3) pojemności minutowej;<br>4) saturacji mieszanej krwi żylnej<br>i przeprowadzeniem ostrego testu wazoreaktywności w wybranych przypadkach określonych w kryteriach włączenia. |

| | | |
|---|---|---|
| 5) konieczność stosowania azotanów, leków przeciwgrzybicznych, leków przeciwwirusowych powodujących interakcje z sildenafilem;<br>6) retinitis pigmetosa lub utrata wzroku w wyniku nietętniczej przedniej niedokrwiennej neuropatii nerwu wzrokowego (NAION);<br>7) ciężka niewydolność wątroby (klasa C wg Child-Pugh).<br><br>**II. LECZENIE II RZUTU**<br>**II.A. MONOTERAPIA**<br>**1. Bosentan albo iloprost albo treprostinil**<br>**1.1. Kryteria włączenia**<br>1) nieskuteczne lub źle tolerowane dotychczasowe leczenie jednym ze schematów lekowych przewidzianych do stosowania w monoterapii lub w terapii skojarzonej<br>lub<br>2) IV klasa czynnościowa w momencie rozpoznania choroby lub pomimo dotychczasowego leczenia.<br><br>**1.2. Kryteria wyłączenia**<br>**a) bosentan**<br>Co najmniej jedno z przeciwskazań wymienionych w ChPL,<br><br>**b) iloprost**<br>1) ciężka choroba niedokrwienna serca lub niestabilna dławica piersiowa;<br>2) zawał mięśnia sercowego przebyty w okresie ostatnich 6 miesięcy;<br>3) niewyrównana niewydolność serca - jeśli nie spowodowana TNP;<br>4) ciężkie zaburzenia rytmu serca;<br>5) wrodzone wady zastawkowe z istotnymi klinicznie zaburzeniami czynności mięśnia sercowego niezwiązanymi z nadciśnieniem płucnym; | **4. Dawkowanie sildenafilu**<br>4.1. Dawka podstawowa: 20 mg 3 razy dziennie.<br>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.<br>**Sildenafil w postaci zawiesiny doustnej** stosuje się wyłącznie w przypadku nietolerancji lub niemożliwości podania postaci stałej.<br><br>**5. Dawkowanie epoprostenolu**<br>5.1. Dawka powinna być dostosowywana przez lekarza indywidualnie w zależności od:<br>1) stanu pacjenta;<br>2) odpowiedzi na leczenie;<br>3) tolerancji leczenia.<br>5.2. Zwiększenie dawkowania powinno wynikać z dążenia do osiągnięcia celów terapeutycznych zalecanych przez towarzystwa naukowe ESC, ERS, AEPC.<br>5.3. Przykładowe schematy dawkowania przedstawione są w ChPL.<br><br>**6. Dawkowanie macytentanu i sildenafilu w terapii skojarzonej**<br>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.<br><br>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.<br><br>1.2.3. Wymóg cewnikowania prawego serca przy kwalifikacji nie dotyczy:<br>a) pacjentów uprzednio leczonych lekami dostępnymi w ramach programów lekowych, u których TNP było potwierdzone cewnikowaniem prawego serca w przeszłości,<br>b) pacjentów z zespołem Eisenmengera, jeśli cewnikowanie prawego serca było wykonane u nich w przeszłości i potwierdziło rozpoznanie TNP.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>Ocena postępu leczenia powinna być wykonywana w stanie możliwie jak najbardziej stabilnym.<br>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.<br><br>**c) treprostinil**<br>1) nadciśnienie płucne związane z potwierdzoną chorobą zarostową żył płucnych;<br>2) zastoinowa niewydolność serca spowodowana ciężkim zaburzeniem czynności lewej komory serca;<br>3) ciężka niewydolność wątroby - klasa C wg. Child-Pugh;<br>4) czynna choroba wrzodowa przewodu pokarmowego, krwawienie śródczaszkowe, zranienie, inny rodzaj krwawienia;<br>5) wrodzone lub nabyte wady zastawkowe serca z klinicznie znaczącymi zaburzeniami czynności mięśnia sercowego niezwiązanymi z nadciśnieniem płucnym;<br>6) ciężka postać choroby niedokrwiennej serca lub niestabilna postać dławicy piersiowej;<br>7) zawał mięśnia sercowego przebyty w okresie ostatnich 6 miesięcy;<br>8) nieleczona niewydolność serca;<br>9) ciężkie zaburzenia rytmu serca;<br>10) ciśnienie tętnicze krwi poniżej 90/50 mmHg – jeśli nie spowodowane TNP.<br><br>**2. Epoprostenol**<br>**2.1. Kryteria włączenia**<br>1) nieskuteczne lub źle tolerowane dotychczasowe leczenie jednym ze schematów lekowych przewidzianych do stosowania w monoterapii lub w terapii skojarzonej<br>lub<br>2) IV klasa czynnościowa w momencie rozpoznania choroby lub pomimo dotychczasowego leczenia<br>lub | 6.2. Dawka sildenafilu: 20 mg 3 razy dziennie albo 40 mg 3 razy dziennie - u pacjentów, którzy otrzymywali taką dawkę w monoterapii.<br><br>**7. Dawkowanie riocyguatu**<br>7.1. W monoterapii - zgodnie z ChPL.<br>7.2. W terapii skojarzonej analogiczne do monoterapii.<br><br>**8. Dawkowanie seleksypagu, sildeanfilu i bosentanu/macytentanu w terapii skojarzonej**<br>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).<br>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.<br>8.2. Dawka sildenafilu: zgodnie z ChPL.<br>8.3. Dawka bosentanu zgodnie z ChPL.<br>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).<br>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.<br>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.<br><br>**2.1. Badania nieinwazyjne**<br>1) ocena klasy czynnościowej;<br>2) test 6-minutowego marszu (z wyjątkiem pacjentów w IV klasie czynnościowej); w przypadku dzieci dotyczy pacjentów, których parametry rozwojowe umożliwiają wykonanie badania);<br>3) oznaczenie NT-proBNP lub BNP (w zależności od dostępności);<br>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:**<br>1) jednoczesne stosowanie inhibitorów PDE-5;<br>2) umiarkowane lub ciężkie zaburzenie czynności wątroby, tj. klasa B lub C w klasyfikacji Child – Pugh;<br>3) aktywność AspAT lub AlAT, większa niż trzykrotna wartość górnej granicy normy przed rozpoczęciem leczenia lub większa niż ośmiokrotna wartość GGN w trakcie leczenia;<br>4) jednoczesne stosowanie cyklosporyny A;<br>5) jednoczesne stosowanie azotanów lub leków uwalniających tlenek azotu (takimi jak azotyn amylu;<br>6) skurczowe ciśnienie krwi <95 mm Hg na początku leczenia;<br>7) ciąża;<br>8) nawracająca pomimo redukcji dawki objawowa hipotensja ze skurczowym ciśnieniem <95 mmHg.<br>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.<br><br>**3. Terapia skojarzona z zastosowaniem dwóch lub trzech z poniższych preparatów:**<br>**a) bosentan**<br>**b) sildenafil**<br>**c) iloprost albo treprostinil albo epoprostenol.**<br><br>**3.1. Kryteria włączenia**<br>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;<br>3) 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<br>2) IV klasa czynnościowa w momencie rozpoznania choroby lub pomimo dotychczasowego leczenia<br>lub<br>3) TNP uniemożliwiające przeszczepienie wątroby u pacjentów z TNP związanym z nadciśnieniem wrotnym – dotyczy terapii skojarzonej z zastosowaniem epoprostenolu.<br>Bosentan nie może być stosowany łącznie z innymi antagonistami receptora endoteliny.<br>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.<br>Kolejność włączania i wyłączenia poszczególnych składowych terapii skojarzonej zależy od decyzji lekarza.<br><br>**3.2. Kryteria wyłączenia**<br>**a) bosentan** – określono w punkcie A I 1.2,<br>**b) sildenafil** – określono w punkcie A I 2.2,<br>**c) iloprost** – określono w punkcie A II.A 1.2 b,<br>**d) treprostinil** - określono w punkcie A II.A 1.2 c,<br>**e) epoprostenol** - określono w punkcie A II.A 2.2.<br><br>**4. Epoprostenol z sildenafilem i bosentanem albo epoprostenol z sildenafilem i macytentanem**<br>**4.1. Kryteria włączenia**<br>1) IV klasa czynnościowa w momencie rozpoznania choroby lub pomimo dotychczasowego leczenia;<br>2) brak innych przeciwwskazań wymienionych w ChPL. | | |

| | | |
|---|---|---|
| Kolejność włączania i wyłączenia poszczególnych składowych terapii skojarzonej zależy od decyzji lekarza.<br><br>**4.2. Kryteria wyłączenia**<br>1) **bosentan** - określono w punkcie A I 1.2,<br>2) **macytentan** - określono w punkcie II B 1.2.b,<br>3) **sildenafil** - określono w punkcie A. I.2.2,<br>4) **epoprostenol** - określono w punkcie A II.A 2.2.<br><br>**5. Seleksypag z sildenafilem i bosentanem (lub macytentanem)**<br>**5.1. Kryteria włączenia**<br>1) nieskuteczne lub źle tolerowane dotychczasowe leczenie jednym ze schematów lekowych przewidzianych do stosowania w terapii skojarzonej;<br>2) III klasa czynnościowa pomimo dotychczasowego leczenia.<br>Kolejność włączania i wyłączenia poszczególnych składowych terapii skojarzonej zależy od decyzji lekarza.<br><br>**5.2. Kryteria wyłączenia**<br>1) Nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą wymienioną w charakterystyce produktu leczniczego;<br>2) ciężkie zaburzeniami czynności wątroby (grupa C w skali Child-Pugha);<br>3) Ciężka choroba wieńcowa lub niestabilna dławica piersiowa;<br>4) Zawał mięśnia sercowego w ciągu ostatnich 6 miesięcy;<br>5) Niewyrównana niewydolność krążenia, jeśli pacjent nie jest pod ścisłą obserwacją lekarza;<br>6) Ciężkie arytmie;<br>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;<br>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.<br><br>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.<br><br>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.<br><br>**B. Leczenie TNP u dzieci (<18 lat)**<br><br>**I. LECZENIE POCZĄTKOWE (MONOTERAPIA)**<br><br>**1. Bosentan**<br><br>**1.1. Kryteria włączenia**<br><br>1) III klasa czynnościowa.<br><br>**1.2. Kryteria wyłączenia**<br><br>1) wrodzona wada serca z nadciśnieniem płucnym, w której istnieje możliwość leczenia operacyjnego (nie dotyczy okresu oczekiwania na wykonanie zabiegu operacyjnego);<br>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;<br>4) niestosowanie skutecznych metod antykoncepcji – w przypadku miesiączkujących dziewcząt;<br>5) inne przeciwwskazania wymienione w ChPL.<br><br>**2. Sildenafil**<br>**2.1. Kryteria włączenia**<br>1) I-III klasa czynnościowa.<br><br>**2.2. Kryteria wyłączenia**<br>1) wrodzona wada serca z nadciśnieniem płucnym, w której istnieje możliwość leczenia operacyjnego (nie dotyczy okresu oczekiwania na wykonanie zabiegu operacyjnego);<br>2) ciężkie zaburzenie czynności wątroby (klasa C wg Child-Pugh);<br>3) jednoczesne stosowanie leków przeciwgrzybiczych, przeciwwirusowych, immunosupresyjnych, glibenklamidu, rifampicyny;<br>4) retinitis pigmetosa lub utrata wzroku w wyniku nietętniczej przedniej niedokrwiennej neuropatii nerwu wzrokowego (NAION).<br><br>**II. LECZENIE II RZUTU**<br>**II.A. MONOTERAPIA**<br>**1. Monoterapia treprostinilem albo iloprostem albo epoprostenolem**<br>**1.1. Kryteria włączenia**<br>Określono w punkcie A.II z zastrzeżeniem, że kryterium wieku się nie stosuje.<br><br>**II.B. TERAPIA SKOJARZONA** | | |

| | | |
|---|---|---|
| **1. Terapia skojarzona z zastosowaniem dwóch lub trzech z poniższych preparatów:**<br>**a)** bosentan,<br>**b)** sildenafil,<br>**c)** iloprost albo treprostinil albo epoprostenol.<br><br>**1.1. Kryteria włączenia**<br>1) nieskuteczne lub źle tolerowane dotychczasowe leczenie jednym ze schematów lekowych przewidzianych do stosowania w monoterapii lub w terapii skojarzonej<br>lub<br>2) IV klasa czynnościowa w momencie rozpoznania choroby lub pomimo dotychczasowego leczenia<br>lub<br>3) TNP uniemożliwiające przeszczepienie wątroby u pacjentów z TNP związanym z nadciśnieniem wrotnym – dotyczy epoprostenolu.<br>Bosentan nie może być stosowany łącznie z innymi antagonistami receptora endoteliny.<br>Kolejność włączania i wyłączenia poszczególnych składowych terapii skojarzonej zależy od decyzji lekarza.<br><br>**1.2. Kryteria wyłączenia**<br>**a) bosentan** – określono w punkcie B I 1.2;<br>**b) sildenafil** – określono w punkcie B I 2.2;<br>**c) iloprost** – określono w punkcie A II.A 1.2 b;<br>**d) treprostinil** - określono w punkcie A II.A 1.2 c;<br>**e) epoprostenol** - określono w punkcie A II.A 2.2. | | |

| | | |
|---|---|---|
| **C. KONTYNUACJA LECZENIA TNP U OSÓB PRZEKRACZAJĄCYCH WIEK 18 LAT**<br><br>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):<br>1) **infliksymab;**<br>2) **adalimumab;**<br>3) **wedolizumab;**<br>4) **ustekinumab;**<br>5) **upadacytynib.**<br><br>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.<br>W ramach programu lekowego nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie.<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji do leczenia w programie**<br>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**<br>Dawkowanie infliksymabu, adalimumabu, wedolizumabu, ustekinumabu, upadacytynibu prowadzone jest zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego (ChPL).<br><br>**2. Modyfikacje dawkowania**<br>Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną ChPL. | **1. Badania przy kwalifikacji do leczenia**<br>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;<br>2) aminotransferaza alaninowa (AlAT);<br>3) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT);<br>4) kreatynina;<br>5) białko C-reaktywne;<br>6) badanie ogólne moczu;<br>7) test Quantiferon;<br>8) antygen HBs;<br>9) przeciwciała anty HCV;<br>10) antygen wirusa HIV(HIV Ag/Ab Combo);<br>11) stężenie elektrolitów w surowicy;<br>12) RTG klatki piersiowej (maksymalnie do 3 miesięcy przed kwalifikacją);<br>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<br>lub<br>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)<br>lub<br>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;<br>3) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;<br>4) brak przeciwskazań do stosowania zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL);<br>5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;<br>6) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL (jeśli dotyczy).<br><u>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</u> | | 14) anty HBc total;<br>15) określenie początkowej wartości wskaźnika CDAI u dorosłych albo PCDAI u dzieci i młodzieży;<br>16) lipidogram (całkowity cholesterol, HDL i LDL) oraz trójglicerydy przed rozpoczęciem leczenia upadacytynibem.<br><br>**2. Monitorowanie terapii infliksymabem lub adalimumabem lub ustekinumabem lub wedolizumabem lub upadacytynibem**<br>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);<br>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.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>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.<br>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.<br>1) infliksymab<br>a) terapia indukcyjna: 6 tygodni,<br>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;<br>2) adalimumab<br>a) terapia indukcyjna: 12 tygodni,<br>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;<br>3) ustekinumab<br>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.<br>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.<br>Dodatkowo można wykonać oznaczanie kalprotektyny w kale, jednak nie częściej niż dwa razy do roku w trakcie trwania leczenia.<br>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.<br>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;<br>4) wedolizumab<br>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),<br>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;<br>5) upadacytynib<br>a) terapia indukcyjna: 12 – 24 tygodni,<br>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.<br><br>**3. Zakończenie leczenia w programie**<br>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;<br>2) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;<br>3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;<br>4) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL; | | **3. Monitorowanie skuteczności leczenia**<br>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.:<br>– 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;<br>– 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;<br>– brak odpowiedzi na leczenie rozumiany jako brak spełnienia kryteriów odpowiedzi na leczenie (powyżej) na koniec okresu leczenia indukcyjnego;<br>– 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;<br>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;<br>– konieczność leczenia chirurgicznego oceniana co najmniej raz na 12 miesięcy +/- 4 tygodnie od początku leczenia;<br>– 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.<br><br>**4. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) 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)

<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><th colspan="3">REUMATOIDALNE ZAPALENIE STAWÓW</th></tr>
<tr>
<td>W ramach programu lekowego udostępnia się terapie:<br>1) adalimumabem,<br>2) certolizumabem pegol,<br>3) etanerceptem,<br>4) golimumabem,<br>5) infliksymabem,<br>6) tocilizumabem,<br>7) rytuksymabem,<br>8) baricytynibem,<br>9) tofacytynibem,<br>10) upadacytynibem,<br>11) filgotynibem,<br>12) anakinrą.<br><u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u><br>Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.<br><br>1. Kryteria kwalifikacji</td>
<td>1. Dawkowanie<br>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.<br>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.<br>3) Powyższe leki podaje się z metotreksatem (w postaci doustnej lub podskórnej) w</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji do programu<br>1) czynnik reumatoidalny w surowicy lub aCCP – kiedykolwiek w przeszłości;<br>2) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon;<br>3) obecność antygenu HBs;<br>4) przeciwciała anty-HBc<br>5) przeciwciała anty-HCV, a w przypadku pozytywnego wyniku – oznaczenie PCR HCV metodą ilościową;<br>6) antygen wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo);<br>7) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją);<br>8) EKG z opisem;<br>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</td>
</tr>
</table>

| | | |
|---|---|---|
| Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria:<br>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):<br>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:<br>– wartość DAS 28 – większa niż 5,1<br>albo<br>– wartość DAS – większa niż 3,7<br>albo<br>– wartość SDAI – większa niż 26<br>lub<br>b) z innymi postaciami RZS, niezależnie od wartości DAS 28, DAS, SDAI, tj.:<br>– z chorobą Stilla u dorosłych (AOSD)<br>lub<br>– z RZS z wtórną amyloidozą | skutecznej klinicznie i tolerowanej przez chorego dawce, chyba, że występują przeciwwskazania do stosowania metotreksatu.<br>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.<br>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.<br>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;<br>10) oznaczenie płytek krwi (PLT);<br>11) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB);<br>12) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP);<br>13) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;<br>14) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);<br>15) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);<br>16) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza);<br>17) oznaczenie stężenie immunoglobulin G i M w surowicy - u pacjentów kwalifikowanych do leczenia rytuksymabem;<br>18) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów – u pacjentów kwalifikowanych do leczenia tocilizumabem lub tofacytynibem lub baricytynibem lub upadacytynibem lub filgotynibem.<br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>**2.1. Monitorowanie terapii inhibitorem TNF alfa lub tocilizumabem lub baricytynibem lub tofacytynibem lub upadacytynibem lub filgotynibem lub anakinrą** – po 3 miesiącach |

| | | |
|---|---|---|
| lub<br>– z RZS z towarzyszącym zapaleniem naczyń, z zastrzeżeniem, że do terapii anakinrą kwalifikuje się wyłącznie pacjentów z chorobą Stilla u dorosłych (AOSD).<br>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:<br>a) jednym lub dwoma inhibitorami TNF alfa albo tocilizumabem albo tofacytynibem albo baricytinbem albo upadacytynibem albo filgotynibem albo anakinrą u których:<br>– wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą<br>lub<br>– wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL<br>lub<br>– stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS).<br>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.<br>b) rytuksymabem, u których:<br>– wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą<br>lub | | (±1 miesiąc) i 6 miesiącach (±1 miesiąc) od pierwszego podania substancji czynnej należy wykonać:<br>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<br>2) oznaczenie płytek krwi (PLT);<br>3) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB);<br>4) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP);<br>5) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;<br>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);<br>7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);<br>8) oznaczenie stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów - u pacjentów leczonych tocilizumabem lub baricytynibem lub tofacytynibem lub upadacytynibem lub filgotynibem<br>oraz<br>obliczyć wartość wskaźnika DAS 28 lub DAS lub SDAI, a także dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii z uwzględnieniem objawów układowych u pacjentów z AOSD. |

| | | |
|---|---|---|
| – wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL<br>lub<br>– stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS).<br>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.<br>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:<br>a) jednym, dwoma lub trzema inhibitorami TNF alfa albo tofacytynibem albo baricytynibem albo upadacytynibem albo filgotynibem albo anakinrą u których:<br>– wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą<br>lub<br>– wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL<br>lub<br>– stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS);<br>b) rytuksymabem, u których:<br>– wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą | | Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe powtarzać po każdych kolejnych 6 miesiącach (±1 miesiąc).<br>**2.2. Monitorowanie terapii rytuksymabem** – po 6 miesiącach (±1 miesiąc) od pierwszego podania substancji czynnej leku biologicznego należy wykonać:<br>1) morfologię krwi;<br>2) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB);<br>3) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP);<br>4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;<br>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);<br>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);<br>7) oznaczenie stężenie immunoglobulin G i M w surowicy;<br>oraz obliczyć wartość wskaźnika DAS 28 lub DAS lub SDAI, a także dokonać oceny skuteczności leczenia.<br>Jeżeli terapia jest powtarzana powyższe powtarzać po kolejnych 6 miesiącach (±1 miesiąc) od każdego ponownego podania leku.<br>Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych |

| | | |
|---|---|---|
| lub<br>– wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL<br>lub<br>– stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS).<br>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.<br>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:<br>a) jednym, dwoma lub trzema inhibitorami TNF alfa albo tocilizumabem albo tofacytynibem albo baricytynibem albo upadacytynibem albo filgotynibem albo anakinrą u których:<br>– wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą<br>lub<br>– wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL<br>lub<br>– stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS). | | podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.<br>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.<br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania |

| | | |
|---|---|---|
| 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:<br>a) jednym, dwoma lub trzema inhibitorami TNF alfa albo tocilizumabem albo rytuksymabem albo baricytynibem albo upadacytynibem albo filgotynibem albo anakinrą u których:<br>– wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą<br>lub<br>– wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL<br>lub<br>– stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS).<br>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.<br>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:<br>a) jednym, dwoma lub trzema inhibitorami TNF alfa albo tocilizumabem albo rytuksymabem albo tofacytynibem albo upadacytynibem albo filgotynibem albo anakinrą u których:<br>– wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą<br>lub | | leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ. |

| | | |
|---|---|---|
| – wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL<br>lub<br>– stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS).<br>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.<br>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:<br>a) jednym, dwoma lub trzema inhibitorami TNF alfa albo tocilizumabem albo rytuksymabem albo tofacytynibem albo baricytynibem albo filgotynibem albo anakinrą, u których:<br>– wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą<br>lub<br>– wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL<br>lub<br>– stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS).<br>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.<br>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:<br>a) jednym, dwoma lub trzema inhibitorami TNF alfa albo tocilizumabem albo rytuksymabem albo tofacytynibem albo baricytynibem albo upadacytynibem albo anakinrą u których:<br>– wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą<br>lub<br>– wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL<br>lub<br>– stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS).<br>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.<br>9) Do terapii anakinrą kwalifikują się także pacjenci z chorobą Stilla u dorosłych (AOSD), poddani leczeniu co najmniej:<br>a) dwoma inhibitorami TNF alfa oraz rytuksymabem oraz tofacytynibem oraz baricytynibem oraz upadacytynibem oraz filgotynibem zastosowanymi zgodnie z kryteriami programu, u których:<br>– wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą | | |

| | | |
|---|---|---|
| lub<br>– wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL<br>lub<br>– stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie, lub u których zastosowanie w/w leków w programie jest przeciwwskazane.<br>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.<br>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.<br>12) W ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie.<br>13) Kwalifikacja pacjenta do drugiego leku i kolejnych w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem programu.<br>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.<br>15) W przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym.<br>16) W przypadku ciąży lub karmienia piersią dopuszcza się możliwość leczenia uzasadnioną aktualną wiedzą medyczną - do decyzji lekarza prowadzącego.<br>17) Adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL).<br>18) Nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL.<br>19) Brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ ACR.<br>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.<br><br>**2. Czas leczenia w programie**<br>1) leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>**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.<br>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.<br>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.<br>4) Wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia.<br>5) Wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą.<br>6) Wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL.<br>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.<br>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.<br><br>**4. Kryteria ponownego włączenia do programu**<br>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.<br>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:<br>a) DAS 28 powyżej 3,2<br>albo<br>b) DAS powyżej 2,4<br>albo<br>c) SDAI powyżej 11. | | |

| | | |
|---|---|---|
| 3) Pacjent z chorobą Stilla u dorosłych (AOSD) włączany jest ponownie do leczenia w przypadku nawrotu czynnych objawów układowych.<br>4) Pacjent jest włączany do ponownego leczenia substancją czynną, której zastosowanie wywołało co najmniej niską aktywność choroby lub ustąpienie objawów układowych.<br>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:<br>1) *adalimumabem,*<br>2) *etanerceptem,*<br>3) *sekukinumabem,*<br>4) *tocilizumabem w postaci dożylnej,*<br>5) *anakinrą.*<br><u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u><br>Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br>Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria:<br>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: | **1. Dawkowanie**<br>1) Adalimumab, etanercept, sekukinumab, tocilizumab w postaci dożylnej i anakinrę należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ACR, w tym możliwości zmniejszenia dawki leku lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami u pacjentów, u których uzyskano cel terapii.<br>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**<br>1) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon;<br>2) obecność antygenu HBs;<br>3) przeciwciała anty-HBc;<br>4) przeciwciała anty-HCV;<br>5) antygen wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo);<br>6) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją);<br>7) EKG z opisem.<br>8) morfologia krwi, a w przypadku kwalifikowania do terapii tocilizumabem w postaci dożylnej lub anakinrą - morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczeniem |

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 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 metotreksatu.

W przypadku wystąpienia przeciwwskazań do stosowania metotreksatu, należy rozważyć podawanie adalimumabu, etanerceptu, tocilizumabu w postaci dożylnej i anakinry z innym, wymienionym w programie lekiem modyfikującym przebieg choroby / immunosupresyjnym w obowiązującej dawce.

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.

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.

**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 lub anakinrą - morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych;
2) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB);

| | | |
|---|---|---|
| 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<br>albo<br>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.<br>3) Ponadto do programu kwalifikują się pacjenci od 2 roku życia (do terapii tocilizumabem w postaci dożylnej) lub pacjenci od 8 miesiąca życia z masą ciała co najmniej 10 kg (do terapii anakinrą), z rozpoznaniem:<br>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 | | 3) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP);<br>4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;<br>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);<br>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);<br>7) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów - u pacjentów leczonych tocilizumabem w postaci dożylnej<br>oraz dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii wg wskaźników zalecanych przez EULAR/ACR i stosowanych rutynowo w MIZS.<br><br>Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe powtarzać po każdych kolejnych 6 miesiącach (±1 miesiąc).<br><br>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.<br><br>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. |

| | | |
|---|---|---|
| objawy wysokiej aktywności choroby, rozumianej jako wartość 5 lub więcej w 10-punktowej skali, wg oceny lekarza<br>albo<br>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.<br>4) Do programu kwalifikują się także pacjenci poddani leczeniu MIZS inhibitorem TNF alfa, sekukinumabem albo tocilizumabem w postaci dożylnej w ramach programu lekowego, u których:<br>a) wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą leku<br>lub<br>b) wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL<br>lub<br>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).<br>5) Do terapii anakinrą kwalifikują się także pacjenci z MIZS o początku uogólnionym, poddani leczeniu co najmniej:<br>– dwoma inhibitorami TNF alfa oraz tocilizumabem<br>lub | | 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.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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; |

| | | |
|---|---|---|
| – tocilizumabem, u których zastosowanie pozostałych leków w programie jest przeciwwskazane, ponieważ:<br>i. wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą leku lub<br>ii. wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub<br>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).<br>6) Do programu kwalifikowani są również pacjenci, uprzednio leczeni sekukinumabem, tocilizumabem w postaci dożylnej albo anakinrą w ramach hospitalizacji według jednorodnych grup pacjentów (JGP) pod warunkiem, że przed rozpoczęciem terapii spełniali kryteria włączenia do programu oraz nie spełnili kryteriów zakończenia udziału w programie – po uzyskaniu akceptacji Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych.<br>7) Pacjent z rozpoznaniem MIZS, który ukończył 18 rok życia może być leczony, w zależności od obrazu klinicznego choroby, na zasadach określonych w programach lekowych dotyczących terapii RZS albo ŁZS, albo ZZSK. Jeśli obraz choroby nie odpowiada jednej z tych postaci, leczenie prowadzone jest w programie dotyczącym MIZS.<br>8) W ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie.<br>9) Kwalifikacja pacjenta do drugiego leku i kolejnych w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem programu.<br>10) Obowiązujące dawki leków modyfikujących przebieg choroby/leków immunosupresyjnych wynoszą dla: metotreksatu – 10-20 mg/m²/tydzień (maksymalnie 30 mg/tydzień), sulfasalazyny – 20-50 mg/kg m.c./dobę, | | 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ. |

| | | |
|---|---|---|
| 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.<br>11) W przypadkach, w których pacjentowi grozi kalectwo lub zagrożone jest jego życie, decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, pacjent może być zakwalifikowany do leczenia w przypadku niespełnienia części kryteriów opisanych w programie, jeśli leczenie jest zgodne z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami oraz wiedzą medyczną.<br>12) W przypadku miesiączkujących dziewcząt wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, którym odbywa się leczenie.<br>13) W przypadku ciąży lub karmienia piersią dopuszcza się możliwość leczenia uzasadnioną aktualną wiedzą medyczną - do decyzji lekarza prowadzącego.<br>14) Adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL).<br>15) Nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL.<br>16) Brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ ACR.<br><br>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.<br><br>**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;<br>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.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) Brak adekwatnej odpowiedzi na leczenie, stwierdzony po 3 pierwszych miesiącach (±1 miesiąc) terapii daną substancją czynną. Adekwatną odpowiedź na leczenie definiujemy jako:<br>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,<br>b) ustąpienie objawów układowych po 3 pierwszych miesiącach (±1 miesiąc) terapii – u pacjentów z rozpoznaniem MIZS z dominującymi objawami układowymi.<br>2) Utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie stwierdzona po kolejnych 3 miesiącach (±1 miesiąc).<br>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:<br>a) liczba stawów z czynnym zapaleniem;<br>b) liczba stawów z ograniczeniem ruchomości;<br>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;<br>e) wskaźnik stanu funkcjonalnego dziecka (np. CHAQ);<br>f) laboratoryjny wskaźnik ostrej fazy (OB. lub CRP).<br>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).<br>5) U pacjentów zakwalifikowanych do leczenia na podstawie pkt 1 ppkt 1c) (MIZS z dominującym zapaleniem błony naczyniowej oka) niespełniających jednocześnie kryteriów kwalifikacji określonych w pkt 1 ppkt 1a) i 1b) oraz 3a) i 3b) – brak uzyskania istotnej klinicznie poprawy w zakresie zapalenia błony naczyniowej oka po pierwszych 12 miesiącach (±1 miesiąc) potwierdzonej badaniem okulistycznym oraz brak utrzymywania się istotnej klinicznie poprawy po każdych kolejnych 12 miesiącach (±1 miesiąc).<br>6) Wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia.<br>7) Wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą.<br>8) Wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL.<br>9) Pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza.<br>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.<br>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 i/lub występowaniem czynników złej prognozy. Bez zgody Zespołu Koordynacyjnego dalsze leczenie daną substancją czynną w przypadku niespełnienia kryteriów ACR Pediatric 50 po 12 miesiącach (±1 miesiąc) terapii nie jest możliwe.<br><br>**4. Kryteria ponownego włączenia do programu**<br>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.<br>2) Pacjent z MIZS o początku uogólnionym włączany jest ponownie do leczenia w przypadku nawrotu czynnych objawów układowych.<br>3) Pacjent jest włączany do ponownego leczenia substancją czynną, której zastosowanie spowodowało spełnienie kryteriów poprawy ACR Pediatric 50 lub ustąpienie objawów układowych.<br>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** |
| **1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) Podczas pierwszej kwalifikacji do programu oraz gdy jest to wskazane w opisie programu, udział pacjenta w programie wymaga uzyskania akceptacji za pośrednictwem aplikacji elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Do czasu aktualizacji aplikacji elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych, dopuszcza się udział pacjenta w programie na podstawie akceptacji Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, uzyskanej w inny sposób niż za pośrednictwem aplikacji elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych. Ponadto, gdy jest to zaznaczone w opisie programu, udział pacjenta może wymagać uzyskania indywidualnej zgody Zespołu, o którym mowa powyżej;<br>2) do programu kwalifikuje się świadczeniobiorców spełniających wszystkie poniższe kryteria:<br>a) z ustalonym rozpoznaniem ŁZS postawionym na podstawie kryteriów CASPAR,<br>b) z aktywną postacią choroby,<br>c) z niezadowalającą odpowiedzią na stosowane dotychczas leki zgodnie z rekomendacjami EULAR/GRAPPA/ASAS;<br>3) kryteria klasyfikacyjne CASPAR - co najmniej 3 punkty według systemu punktacji przedstawionego poniżej: | **1. Dawkowanie**<br>**Adalimumab, certolizumab pegol, etanercept, golimumab, infliksymab, iksekizumab sekukinumab, tofacytynib, upadacytynib, ryzankizumab, guselkumab** należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej na dzień wydania decyzji o objęciu refundacją leku w tym programie Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji EULAR / GRAPPA / ASAS, w tym możliwości zmniejszenia dawki leku lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami u pacjentów, u których uzyskano cel terapii.<br>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 | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) obecność czynnika reumatoidalnego (RF) (z wyłączeniem testu lateksowego);<br>2) morfologia krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia tofacytynibem lub upadacytynibem - morfologia krwi z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów i limfocytów;<br>3) płytki krwi (PLT);<br>4) odczyn Biernackiego (OB);<br>5) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT);<br>6) aminotransferaza alaninowa (AlAT);<br>7) stężenie kreatyniny w surowicy;<br>8) stężenie białka C-reaktywnego (CRP);<br>9) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza);<br>10) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon;<br>11) obecność antygenu HBs;<br>12) przeciwciała anty-HBc;<br>13) przeciwciała anty-HCV;<br>14) obecność antygenu wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo); |

| | | |
|---|---|---|
| a) łuszczyca obecnie – 2 pkt albo dodatni wywiad w kierunku łuszczycy potwierdzony przez lekarza specjalistę – 1 pkt, albo udokumentowany dodatni wywiad rodzinny w kierunku łuszczycy u krewnego pierwszego lub drugiego stopnia – 1 pkt,<br>b) dactylitis obecnie lub dodatni wywiad w kierunku dactylitis potwierdzony przez reumatologa – 1 pkt,<br>c) brak czynnika reumatoidalnego (z wyłączeniem testu lateksowego) – 1 pkt,<br>d) typowa dystrofia paznokci (liza paznokcia, objaw naparstka, bruzdowanie, hiperkeratoza) – 1 pkt,<br>e) zmiany radiologiczne stawów dłoni lub stóp charakterystyczne dla ŁZS (okołostawowe tworzenie nowej kości z wyłączeniem osteofitów) – 1 pkt;<br>4) aktywna postać choroby:<br>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:<br>i. wg zmodyfikowanych kryteriów PsARC:<br>– 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<br>oraz<br>– liczba tkliwych stawów lub przyczepów ścięgnistych (spośród ścięgien Achillesa oraz rozcięgien podeszwowych) - co najmniej 3 łącznie – w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni<br>oraz | wyczerpującą informację na temat techniki podawania leków stosowanych pozajelitowo oraz potencjalnych objawach niepożądanych związanych ze stosowanym leczeniem.<br>Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię w programie lekowym danego pacjenta na okres pomiędzy wizytami w ośrodku. | 15) stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów- u pacjentów kwalifikowanych do leczenia tofacytynibem lub upadacytynibem;<br>16) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją);<br>17) EKG z opisem;<br>18) badanie obrazowe RTG stawów krzyżowo-biodrowych, które potwierdza obecność sacroiliitis - u pacjentów z postacią osiową.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>**2.1.** Monitorowanie terapii – po 3 miesiącach (± 1 miesiąc) i 6 miesiącach (± 1 miesiąc) od pierwszego podania substancji czynnej należy wykonać:<br>1) morfologię krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia tofacytynibem lub upadacytynibem morfologia krwi z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów i limfocytów;<br>2) odczyn Biernackiego (OB);<br>3) stężenie białka C-reaktywnego (CRP);<br>4) stężenie kreatyniny w surowicy;<br>5) AspAT i AlAT;<br>6) stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów- u pacjentów kwalifikowanych do leczenia tofacytynibem lub upadacytynibem |

| | | |
|---|---|---|
| – ogólna ocena aktywności choroby przez pacjenta odpowiadająca wartości 4 lub 5 w pięciostopniowej skali Likerta<br>oraz<br>– ogólna ocena aktywności choroby przez lekarza prowadzącego odpowiadająca wartości 4 lub 5 w pięciostopniowej skali Likerta<br>oraz<br>– 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<br>albo<br>ii. wg DAS 28:<br>– wartość DAS 28 – większa niż 3,2<br>albo<br>iii. wg DAS:<br>– wartość DAS – większa niż 2,4.<br>U pacjentów z aktywną postacią łuszczycy definiowaną jako spełnienie wszystkich poniższych kryteriów:<br>– PASI większe niż 10<br>oraz<br>– DLQI większe niż 10<br>oraz<br>– BSA większe niż 10;<br>program dopuszcza kwalifikację pacjentów z zajętą mniejszą liczbą stawów lub przyczepów ścięgnistych niż określono w pkt1 ppkt 4;<br>b) w przypadku postaci osiowej ŁZS (postać z dominującym zajęciem stawów osiowych) - pacjenci z zapaleniem stawów krzyżowo-biodrowych | | oraz dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii wg wskaźników zalecanych przez EULAR / GRAPPA / ASAS i stosowanych rutynowo w ŁZS.<br>Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe powtarzać po każdych kolejnych 6 miesiącach (± 1 miesiąc).<br>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.<br>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 |

| | | |
|---|---|---|
| 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:<br>– wartość BASDAI ≥ 4 lub wartość ASDAS ≥ 2,1 – określona w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni,<br>– ból kręgosłupa ≥ 4 na wizualnej skali od 0 do 10 cm – określony w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni,<br>– 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;<br>5) niezadowalająca odpowiedź na stosowane dotychczas leki definiowana jest jako nieskuteczność leczenia:<br>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).<br>U pacjentów z zapaleniem przyczepów ścięgnistych będących podstawą kwalifikacji, dodatkowo po niepowodzeniu leczenia co najmniej dwoma niesteroidowymi lekami przeciwzapalnymi w maksymalnych rekomendowanych lub tolerowanych dawkach przez co najmniej 4 tygodnie każdym lub po niepowodzeniu co najmniej jednego miejscowego podania glikokortykosteroidów; | | pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 2 razy w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy z wyjątkiem sytuacji nadzwyczajnych, w tym zjawisk epidemicznych, kiedy dopuszcza się osobiste stawiennictwo w ośrodku prowadzącym terapię nie rzadziej niż 1 raz w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) 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) 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;<br>6) w przypadkach, w których pacjentowi grozi kalectwo lub zagrożone jest jego życie, decyzją Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, pacjent może być zakwalifikowany do leczenia w przypadku niespełnienia części kryteriów opisanych w programie, jeśli leczenie jest zgodne z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami oraz wiedzą medyczną;<br>7) w przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym;<br>8) w przypadku ciąży lub karmienia piersią dopuszcza się możliwość leczenia uzasadnioną aktualną wiedzą medyczną - do decyzji lekarza prowadzącego;<br>9) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL);<br>10) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;<br>11) brak przeciwwskazań do stosowania określonych w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/GRAPPA/ASAS.<br>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. | | |

| | | |
|---|---|---|
| **2. Adekwatna odpowiedź na leczenie**<br>1) w przypadku postaci obwodowej ŁZS:<br>a) wg zmodyfikowanych kryteriów PsARC:<br>– 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,<br>– 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,<br>b) wg DAS 28 lub DAS:<br>– 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,<br>– 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;<br>2) w przypadku postaci osiowej ŁZS:<br>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,<br>b) po 6 miesiącach (± 1 miesiąc) terapii uzyskanie niskiej aktywności choroby mierzonej wartością BASDAI < 3 albo ASDAS < 1,3.<br><br>**3. Kryteria i warunki zamiany terapii na inną**<br>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<br>lub<br>b) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL<br>lub<br>c) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na zastosowaną substancję czynną zgodnie z pkt 2 lub utrata adekwatnej odpowiedzi stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących;<br>2) w ramach programów lekowych dotyczących leczenia ŁZS nie jest możliwe zastosowanie więcej niż dziewięciu leków, w tym siedmiu leków biologicznych, tofacytynibu i upadacytynibu w tym nie więcej niż dwóch inhibitorów TNF alfa w przypadku ich nieskuteczności oraz więcej niż trzech inhibitorów TNF alfa, jeśli przyczyną odstawienia przynajmniej jednego z nich była nietolerancja lub działania niepożądane;<br>3) w ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie;<br>4) kwalifikacja pacjenta do drugiego leku i kolejnych w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem programu.<br><br>**4. Czas leczenia w programie**<br>1) leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia;<br>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.<br><br>**5. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt 2;<br>2) utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących;<br>3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;<br>4) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia;<br>5) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;<br>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.<br><br>**6. Kryteria ponownego włączenia do programu**<br>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;<br>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)

<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:<br>1) adalimumabem,<br>2) certolizumabem pegol,<br>3) etanerceptem,<br>4) golimumabem,<br>5) infliksymabem,<br>6) sekukinumabem,<br>7) iksekizumabem,<br>8) upadacytynibem,<br>9) tofacytynibem.<br><u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u><br>Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.<br><br>1. Kryteria kwalifikacji<br>Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria:</td>
<td>1. Dawkowanie<br>Adalimumab, certolizumab pegol, etanercept, golimumab, infliksymab, sekukinumab, iksekizumab, upadacytynib i tofacytynib należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ASAS, w tym możliwości zmniejszenia dawki leku lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami u pacjentów, u których uzyskano cel terapii.<br><br>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</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji<br>1) oznaczenie antygenu HLA B27 kiedykolwiek w przeszłości;<br>2) morfologia krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem lub tofacytynibem - morfologia krwi z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów i limfocytów;<br>3) oznaczenie płytek krwi (PLT);<br>4) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB);<br>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);<br>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);<br>7) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;<br>8) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP);<br>9) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza);<br>10) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon;<br>11) obecność antygenu HBs;<br>12) przeciwciała anty-HBc;<br>13) przeciwciała anty-HCV;</td>
</tr>
</table>

| | | |
|---|---|---|
| 1) z rozpoznaniem ZZSK ustalonym na podstawie zmodyfikowanych kryteriów nowojorskich z uwzględnieniem sacroiliitis w badaniu RTG;<br>2) z aktywną postacią choroby, udokumentowaną podczas dwóch wizyt lekarskich w odstępie przynajmniej 4 tygodni, przy braku zmian leczenia w tym okresie;<br>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;<br>4) aktywną postać choroby definiuje się jako spełnienie wszystkich wymienionych niżej kryteriów:<br>a) wartość BASDAI ≥ 4 lub wartość ASDAS ≥ 2,1, określona w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni;<br>b) ból kręgosłupa ≥ 4 na wizualnej skali od 0 do 10 cm, określony w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni;<br>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;<br>5) w przypadkach, w których pacjentowi grozi kalectwo lub zagrożone jest jego życie, decyzją Zespołu | potencjalnych objawach niepożądanych związanych ze stosowanym leczeniem.<br>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);<br>15) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu HDL, cholesterolu LDL i trójglicerydów (lipidogram) u pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem lub tofacytynibem;<br>16) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją);<br>17) EKG z opisem;<br>18) badanie obrazowe RTG stawów krzyżowo-biodrowych, które potwierdza obecność sacroiliitis umożliwiające rozpoznanie ZZSK na podstawie zmodyfikowanych kryteriów nowojorskich.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>Monitorowanie terapii - po 3 miesiącach (±1 miesiąc) i 6 miesiącach (±1 miesiąc) od pierwszego podania substancji czynnej należy wykonać:<br>1) morfologię krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem lub tofacytynibem morfologia krwi z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów i limfocytów;<br>2) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB);<br>3) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP);<br>4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;<br>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);<br>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); |

| | | |
|---|---|---|
| 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;<br>6) w przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym;<br>7) w przypadku ciąży lub karmienia piersią dopuszcza się możliwość leczenia uzasadnioną aktualną wiedzą medyczną - do decyzji lekarza prowadzącego;<br>8) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL);<br>9) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;<br>10) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ ASAS.<br>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 | | 7) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu HDL, cholesterolu LDL i trójglicerydów (lipidogram) u pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibemlub tofacytynibem<br>oraz<br>dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii wg wskaźników zalecanych przez EULAR/ASAS i stosowanych rutynowo w ZZSK.<br>Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe powtarzać po każdych kolejnych 6 miesiącach (±1 miesiąc).<br>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.<br>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 |

| | | |
|---|---|---|
| warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.<br><br>**2. Adekwatna odpowiedź na leczenie**<br>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;<br>2) po 6 miesiącach (±1 miesiąc) terapii uzyskanie niskiej aktywności choroby mierzonej wartością BASDAI < 3 albo ASDAS < 1,3.<br><br>**3. Kryteria i warunki zamiany terapii na inną**<br>1) zmiana terapii na leczenie inną, wymienioną w programie substancją czynną, możliwa jest tylko w następujących sytuacjach:<br>a) wystąpienie ciężkiej reakcji uczuleniowej na substancję czynną lub pomocniczą<br>lub<br>b) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL<br>lub<br>c) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na zastosowaną substancję czynną zgodnie z pkt 2 lub utrata adekwatnej odpowiedzi stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących;<br>2) w ramach programów lekowych dotyczących leczenia ZZSK nie jest możliwe zastosowanie więcej niż siedmiu | | w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy z wyjątkiem sytuacji nadzwyczajnych, w tym zjawisk epidemicznych, kiedy dopuszcza się osobiste stawiennictwo w ośrodku prowadzącym terapię nie rzadziej niż 1 raz w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ. |

| | | |
|---|---|---|
| leków, w tym pięciu leków biologicznych, upadacytynibu i tofacytynibu, w tym nie więcej niż dwóch inhibitorów TNF alfa w przypadku ich nieskuteczności oraz nie więcej niż trzech inhibitorów TNF alfa, jeśli przyczyną odstawienia przynajmniej jednego z nich była nietolerancja lub działania niepożądane;<br>3) w ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie;<br>4) kwalifikacja pacjenta do drugiego leku i kolejnych w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem.<br><br>**4. Czas leczenia w programie**<br>1) leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia;<br>2) lekarz prowadzący może zwrócić się do Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych o wyrażenie zgody na kontynuację leczenia daną substancją czynną w uzasadnionych sytuacjach klinicznych w przypadku nieuzyskania przez chorego niskiej aktywności choroby zgodnie z pkt 2 ppkt 2), szczególnie u pacjentów z wyjściową bardzo dużą aktywnością choroby i/lub występowaniem czynników złej prognozy. Bez zgody Zespołu Koordynacyjnego dalsze leczenie daną substancją czynną w przypadku braku uzyskania niskiej | | |

| | | |
|---|---|---|
| aktywności choroby po 6 miesiącach (±1 miesiąc) terapii nie jest możliwe;<br>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.<br><br>**5. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt 2;<br>2) utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt 2 stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących;<br>3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;<br>4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;<br>5) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL;<br>6) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;<br>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.<br><br>**6. Kryteria ponownego włączenia do programu**<br>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;<br>2) pacjent jest włączany do ponownego leczenia substancją czynną, której zastosowanie wywołało niską aktywność choroby;<br>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:<br>1) *darbepoetyną alfa;*<br>2) *epoetyną alfa;*<br>3) *roksadustatem*;<br>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) niedokrwistość ze stężeniem hemoglobiny poniżej 10 g/dl, pod warunkiem wykluczenia innych przyczyn niż niewydolność nerek;<br>2) upośledzenie funkcji nerek wykazane w badaniu GFR:<br>a) poniżej 45 ml/min. - u pacjentów chorujących na cukrzycę;<br>b) poniżej 30 ml/min. - u pozostałych pacjentów.<br>3) wiek:<br>a) powyżej 1 roku życia – dla terapii *darbepoetyną alfa* i *epoetyną alfa*;<br>b) powyżej 18 roku życia – dla terapii *roksadustatem*. | **1. Dawkowanie**<br>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania i zwiększania dawki leku prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.<br><br>**1.1. Dawkowanie darbepoetyny alfa**<br>1) okres uzyskania poprawy:<br>a) 0,45 µg/kg mc., raz w tygodniu, dożylnie lub podskórnie<br>lub<br>b) 0,75 µg/ kg mc., raz na 2 tygodnie, podskórnie<br>lub<br>c) 1,5 µg/kg mc., raz w miesiącu, podskórnie – tylko dla dorosłych.<br>2) leczenie podtrzymujące:<br>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**<br>1) oznaczenie stężenia hemoglobiny;<br>2) badanie poziomu hematokrytu;<br>3) badanie wysycenia transferryny żelazem we krwi (TSAT);<br>4) oznaczenie wskaźnika filtracji kłębuszkowej (GFR);<br>5) badanie stężenia białka C-reaktywnego we krwi (CRP) – nie dotyczy terapii roksadustatem.<br><br>**2. Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa leczenia**<br>1) oznaczenie stężenia hemoglobiny;<br>2) badanie poziomu hematokrytu.<br>Badania wykonuje się co 2 tygodnie po rozpoczęciu terapii oraz w okresie dostosowywania dawki.<br>Po osiągnięciu stabilnego, docelowego stężenia hemoglobiny powyższe badania wykonuje się raz w miesiącu.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>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;<br>4) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają monitorowanie przebiegu leczenia lub jego dalsze prowadzenie;<br>5) okres ciąży lub karmienia piersią;<br>6) wystąpienie ciężkiego, opornego na leczenie nadciśnienia tętniczego;<br>7) schyłkowa niewydolność nerek;<br>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.<br><br>**1.Kryteria kwalifikacji**<br>1) klirens kreatyniny niższy niż 75 ml/1,73m$^2$/min.;<br>2) wysokość ciała dziecka poniżej -1,88 odchylenia standardowego (SDS), dla płci i wieku metrykalnego lub tempo wzrastania SDS poniżej - 2.0;<br>3) opóźniony wiek szkieletowy, poniżej 12,5 lat dla chłopców i poniżej 11,5 lat dla dziewczynek, według norm Greulicha i Pyle;<br>4) wykluczenie innych przyczyn niskorosłości.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>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.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia**<br>1) inna aniżeli PNN przyczyna niskorosłości;<br>2) zaburzenia przemian węglowodanowych;<br>3) choroba nowotworowa,<br>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**<br>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**<br>1) pomiar stężenia IGF-1;<br>2) badania densytometryczne;<br>3) RTG stawów biodrowych.<br>Badania wykonywane według standardów diagnozowania świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością nerek.<br><br>**2.Monitorowanie leczenia**<br>**2.1 Co 30 dni** w 3 - 4 stadium choroby:<br>1) stężenie parathormonu (intact PTH);<br>2) fosfataza alkaliczna;<br>3) proteinogram;<br>4) stężenie glukozy we krwi;<br>5) stężenie kreatyniny;<br>6) stężenie mocznika;<br>7) jonogram w surowicy krwi (Na+, K+, Ca++, Ca zjonizowany+, P-);<br>8) morfologia krwi z rozmazem;<br>9) gazometria.<br>**2.2 Co 90 dni**<br>1) u dzieci z wadami układu moczowo-płciowego, u innych w zależności od potrzeb:<br>a) konsultacja urologiczna,<br>b) USG jamy brzusznej,<br>2) konsultacja dietetyka;<br>3) w 2 stadium choroby: |

| | | |
|---|---|---|
| lat oraz chłopców z wiekiem kostnym powyżej 16 lat);<br>5) osiągnięcie wieku kostnego powyżej 16 lat przez dziewczynkę i powyżej 18 lat przez chłopca. | | a) stężenie parathormonu (intact PTH),<br>b) fosfataza alkaliczna,<br>c) proteinogram,<br>d) stężenie glukozy we krwi,<br>e) stężenie kreatyniny,<br>f) stężenie mocznika,<br>g) jonogram w surowicy krwi (Na+, K+, Ca++, Ca zjonizowany+, P-),<br>h) morfologia krwi z rozmazem,<br>i) gazometria.<br>**2.3 Po 90 dniach**<br>1) stężenie IGF-1.<br>**2.9 Co 365 dni**<br>1) stężenie triglicerydów;<br>2) stężenie całkowitego cholesterolu;<br>3) stężenie IGF-1;<br>4) RTG śródręcza z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego);<br>5) w uzasadnionych przypadkach:<br>a) badania densytometryczne,<br>b) RTG stawów biodrowych,<br>c) konsultacja okulistyczna,<br>d) konsultacja ortopedyczna,<br>e) cystouretografia,<br>6) przy podejrzeniu złuszczenia głowy kości udowej, u innych w zależności od potrzeb:<br>a) konsultacja ortopedyczna,<br>b) RTG/USG stawów biodrowych,<br>c) TK z kontrastem stawów biodrowych,<br>7) u dzieci z wadami układu moczowo-płciowego, u innych w zależności od potrzeb:<br>a) badanie ogólne moczu,<br>b) posiew moczu. |

| | | |
|---|---|---|
| | | Badania wykonywane według standardów monitorowania terapii hormonem wzrostu świadczeniobiorców PNN.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) przekazywanie informacji 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**<br>1) wtórna nadczynność przytarczyc;<br>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);<br>3) stężenie iPTH > 500pg/ml;<br>4) długotrwałe leczenia dializami z powodu schyłkowej niewydolności nerek;<br>5) wiek od 18 roku życia w przypadku terapii parykalcytolem.<br>Powyższe kryteria kwalifikacji powinny zostać spełnione łącznie.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. | **1. Dawkowanie cynakalcetu lub parykalcytolu**<br>Dawkowanie leków w programie lekowym odbywa się zgodnie z zasadami określonymi w odpowiednich Charakterystykach Produktów Leczniczych obowiązujących na dzień wydania decyzji.<br>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**<br>1) stężenie iPTH – przez 1-4 tygodnie od rozpoczęcia leczenia, następnie kontrola co 1-3 miesiące;<br>2) stężenie wapnia w surowicy;<br>3) stężenie fosforu w surowicy;<br>4) iloczyn Ca x P w surowicy.<br><br>**2. Monitorowanie programu**<br>1) przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia;<br>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;<br>3) dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom NFZ. |

| | | |
|---|---|---|
| **3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) osiągnięcie normalizacji wskaźników gospodarki wapniowo - fosforanowej zgodnie z aktualnymi wytycznymi K/DOQI (Kidney Disease Outcome Quality Initiative - US National Kidney Foundation);<br>2) przeszczepienie nerki;<br>3) nadwrażliwość na lek lub substancje pomocnicze;<br>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)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| Program lekowy dedykowany jest dla pacjentów w następujących populacjach:<br>1) pacjenci neonatologiczni,<br>2) pacjenci z rozpoznaną mukowiscydozą do 1 roku życia,<br>3) pacjenci kardiologiczni do 2 roku życia,<br>4) pacjenci z rozpoznanym rdzeniowym zanikiem mięśni do 2 roku życia.<br>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.<br>Program polega na podaniu maksymalnie 5 dawek paliwizumabu (w odstępach miesięcznych) w sezonie zakażeń wirusem RS, trwającym od 1 września do 30 kwietnia.<br>Immunizację paliwizumabem przeprowadza się maksymalnie w dwóch następujących po sobie sezonach immunizacji zgodnie z kryteriami poniżej.<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br>**1.1. Pacjenci neonatologiczni**<br>1) brak ukończenia szóstego miesiąca życia w momencie rozpoczęcia immunizacji, oraz spełnienie kryterium:<br>a) wiek ciążowy 29 - 32 tygodni,<br>lub | **1. Dawkowanie paliwizumabu**<br>Lek podawany jest w dawce 15mg/kg masy ciała raz w miesiącu.<br>Lek podaje się we wstrzyknięciu domięśniowym, najlepiej w przednio-boczną część uda. Nie należy wybierać mięśnia pośladkowego. | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>W przypadku kwalifikacji do leczenia paliwizumabem w oparciu o kryterium:<br>1) dysplazja oskrzelowo-płucna: kliniczne potwierdzenie dysplazji oskrzelowo-płucnej;<br>2) hemodynamicznie istotna wada serca: kliniczne potwierdzenie hemodynamicznie istotnej wady serca;<br>3) rdzeniowy zanik mięśni: kliniczne potwierdzenie rdzeniowego zaniku mięśni;<br>4) mukowiscydoza: kliniczne potwierdzenie mukowiscydozy.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>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.<br>Konsultant krajowy w dziedzinie neonatologii, kardiologii dziecięcej, neurologii dziecięcej oraz |

| | | |
|---|---|---|
| b) wiek ciążowy ≤ 35 tygodni oraz mała masa urodzeniowa równa lub poniżej 1500 g,<br>2) brak ukończenia pierwszego roku życia w momencie rozpoczęcia immunizacji oraz narodziny w wieku ciążowym ≤ 28 tygodni,<br>3) brak ukończenia drugiego roku życia w momencie rozpoczęcia immunizacji oraz rozpoznanie dysplazji oskrzelowo-płucnej.<br><br>**1.2. Pacjenci z rozpoznaną mukowiscydozą:**<br>1) brak ukończenia pierwszego roku życia w momencie rozpoczęcia immunizacji.<br><br>**1.3. Pacjenci kardiologiczni:**<br>1) brak ukończenia drugiego roku życia w momencie rozpoczęcia immunizacji oraz rozpoznanie hemodynamicznie istotnej wady serca z:<br>a) jawną niewydolnością serca, utrzymującą się pomimo leczenia farmakologicznego,<br>lub<br>b) umiarkowanym lub ciężkim wtórnym nadciśnieniem płucnym,<br>lub<br>c) siniczymi wadami serca, z przezskórnym utlenowaniem krwi tętniczej utrzymującej się <90%.<br><br>**1.4. Pacjenci z rozpoznanym rdzeniowym zanikiem mięśni:**<br>1) brak ukończenia drugiego roku życia w momencie rozpoczęcia immunizacji.<br><br>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.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawienie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) 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.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>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.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) objawy nadwrażliwości na paliwizumab lub jakikolwiek ze składników występujących w preparacie,<br>2) przebycie reakcji nadwrażliwości na podaż innych przeciwciał,<br>3) brak zgody prawnych opiekunów na leczenie,<br>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.<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) rozpoznanie zespołu Prader-Willi, na podstawie cech klinicznych potwierdzonych badaniem genetycznym;<br>2) wiek poniżej 18 roku życia, optymalnie między 2. a 4. rokiem życia;<br>3) dojrzałość szkieletu (wiek kostny), poniżej 16 lat u dziewcząt i poniżej 18 lat u chłopców;<br>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);<br>5) wyrównane przemiany węglowodanowe, wymagane wykonanie testu obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii;<br>6) konsultacja laryngologiczna, z uwagi na możliwość nasilenia lub wystąpienia nocnych bezdechów;<br>7) wprowadzone leczenie dietetyczne i rehabilitacja (wymagany co najmniej 6 miesięczny okres obserwacji w ośrodku prowadzącym terapię hormonem wzrostu);<br>8) inne badania i konsultacje zależne od stanu świadczeniobiorcy i innych powikłań choroby zasadniczej lub innych towarzyszących PWS chorób; | **1. Dawkowanie**<br>Somatotropina podawana codziennie wieczorem w dawce: 0,18 - 0,47 mg/kg/tydzień (0,54 - 1,4 IU/kg/tydzień). | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) pomiar stężenia IGF-1.<br>Badania laboratoryjne i inne według standardów diagnozowania świadczeniobiorców z zespołem Prader-Willi.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>**2.1 Po 30 dniach**<br>1) konsultacja laryngologiczna.<br>**2.2 Po 90 dniach**<br>1) pomiar stężenia IGF-1;<br>2) konsultacja laryngologiczna, następne w zależności od potrzeb.<br>**2.3 Co 90 dni**<br>1) konsultacja dietetyka;<br>2) konsultacja rehabilitanta.<br>**2.4 Co 180 dni**<br>1) pomiar stężenia glukozy we krwi;<br>2) pomiar stężenia TSH;<br>3) pomiar stężenia fT4.<br>4) jonogram w surowicy krwi.<br>Okresowej oceny skuteczności terapii dokonuje lekarz niezaangażowany w leczenie pacjenta z zespołem Prader-Willi.<br>**2.5 Co 365 dni**<br>1) konsultacja przez ginekologa zajmującego się dziećmi (dotyczy dziewcząt powyżej 10 roku życia, a u |

| | | |
|---|---|---|
| 9) brak innych przeciwwskazań do stosowania hormonu wzrostu.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>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.<br>Świadczeniobiorcy po ukończeniu 18 r. ż. kontynuują terapię na zasadach określonych w programie do czasu spełnienia któregokolwiek z kryteriów wyłączenia.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia**<br>1) brak współpracy z rodzicami lub świadczeniobiorcą;<br>2) wystąpienie powikłań zastosowanej terapii;<br>3) zaniechanie systematycznego leczenia rehabilitacyjnego lub dietetycznego;<br>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);<br>5) pojawienie się lub nasilenie nocnych bezdechów;<br>6) cukrzyca lub ujawnienie się tej choroby w czasie prowadzonej terapii hormonem wzrostu. | | dziewcząt poniżej 10 roku życia - w zależności od potrzeb);<br>2) u świadczeniobiorców z wadami układu sercowo-naczyniowego:<br>a) konsultacja kardiologiczna,<br>b) USG serca,<br>3) u świadczeniobiorców w wieku powyżej 7 roku życia konsultacja psychologa z oceną rozwoju intelektualnego;<br>4) u świadczeniobiorców w wieku poniżej 7 roku życia ocena rozwoju psychoruchowego;<br>5) pomiar stężeń triglicerydów;<br>6) pomiar stężeń całkowitego cholesterolu;<br>7) pomiar frakcji HDL cholesterolu;<br>8) pomiar frakcji LDL cholesterolu;<br>9) pomiar odsetka glikowanej hemoglobiny ($HbA_{1C}$);<br>10) test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii;<br>11) pomiar stężenia IGF-1;<br>12) konsultacja laryngologiczna;<br>13) konsultacja ortopedyczna;<br>14) RTG śródręcza z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego);<br>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);<br>16) w przypadku nawracających zakażeń układu moczowego lub wad wrodzonych tego układu:<br>a) konsultacja nefrologiczna,<br>b) konsultacja urologiczna,<br>c) USG jamy brzusznej, |

| | | |
|---|---|---|
| | | d) badanie ogólne i posiew moczu;<br>17) przy podejrzeniu złuszczenia główki kości udowej:<br>a) konsultacja ortopedyczna,<br>b) RTG lub USG stawów biodrowych, poszerzone o TK lub MRI stawów biodrowych;<br>18) w przypadku wystąpienia objawów pseudo tumor cerebri:<br>a) konsultacja okulistyczna;<br>b) konsultacja neurologiczna;<br>c) obrazowanie ośrodkowego układu nerwowego (TK z kontrastem lub MRI).<br>Badania według standardów monitorowania świadczeniobiorców z zespołem Prader-Willi.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia.<br>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.<br>3) przekazywanie informacji 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.<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) stygmaty Zespołu Turnera;<br>2) niskorosłość, tj. wysokość ciała poniżej 3 centyla dla wieku, na siatkach centylowych dla populacji dziewcząt polskich;<br>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;<br>4) opóźniony wiek kostny, oceniany metodą Greulich'a-Pyle;<br>5) wykluczenie innych, aniżeli ZT, przyczyn niskorosłości (niedokrwistość, niedoczynność tarczycy, zaburzenia wchłaniania i trawienia jelitowego, obciążenia dotyczące przebiegu ciąży i porodu, itp.);<br>6) inne nieprawidłowości, szczególnie nieprawidłowości anatomiczne układu sercowonaczyniowego i moczowo-płciowego;<br>7) konsultacja genetyczna, potwierdzona dodatnim wynikiem badania kariotypu.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. | **1. Dawkowanie**<br>Somatotropina podawana codziennie wieczorem w dawce: 0,33 - 0,47 mg (1,0-1,4 IU)/kg m.c. /tydzień. | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>Przed rozpoczęciem leczenia należy wykonać pomiar stężenia IGF-1.<br>Badania laboratoryjne wykonywane według standardów diagnozowania świadczeniobiorców z zespołem Turnera (ZT).<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>**2.1 Po 90 dniach**<br>1) pomiar stężenia IGF-1.<br>**2.2 Co 180 dni**<br>1) pomiar stężenia glukozy we krwi i odsetka glikowanej hemoglobiny $HbA_{1C}$<br>lub co 365 dni:<br>2) test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii.<br>**2.3 Co 180 dni**<br>1) pomiar stężenia glukozy we krwi;<br>2) pomiar stężenia TSH;<br>3) pomiar stężenia $fT_4$;<br>4) jonogram w surowicy krwi.<br>**2.4 Co 365 dni**<br>1) konsultacja przez ginekologa zajmującego się dziećmi (dotyczy przede wszystkim dziewcząt powyżej 10 roku życia);<br>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.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia**<br>1) wystąpienie objawów złuszczenia głowy kości udowej;<br>2) wystąpienie objawów pseudo-tumor cerebri;<br>3) wystąpienie lub ujawnienie się cukrzycy;<br>4) ujawnienie lub wznowa choroby rozrostowej;<br>5) osiągnięcie przez świadczeniobiorcę niewyróżniającej wysokości ciała, tj. wysokości ciała równej lub większej niż 158 cm;<br>6) zakończenie procesów wzrastania (brak przyrostu wysokości ciała między dwiema kolejnymi wizytami przeprowadzonymi w odstępach 6 miesięcznych);<br>7) niezadowalający efekt leczenia, tj. przyrost wysokości ciała świadczeniobiorcy leczonego hormonem wzrostu poniżej 3 cm na rok;<br>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);<br>4) pomiar stężenia IGF-1;<br>5) RTG śródręcza z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego);<br>6) przy podejrzeniu złuszczenia głowy kości udowej:<br>a) konsultacja ortopedyczna;<br>b) RTG lub USG stawów biodrowych, poszerzone o TK lub MRI stawów biodrowych;<br>7) w przypadku wystąpienia objawów pseudo tumor cerebri:<br>a) konsultacja okulistyczna;<br>b) konsultacja neurologiczna;<br>c) obrazowanie ośrodkowego układu nerwowego (TK z kontrastem lub MRI).<br>Badania wykonywane według standardów monitorowania terapii hormonem wzrostu świadczeniobiorców z ZT.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) przekazywanie informacji 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:<br>*1) omalizumabem,*<br>*2) mepolizumabem,*<br>*3) benralizumabem,*<br>*4) dupilumabem,*<br>5) *tezepelumabem,*<br>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.<br>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.<br><br>**1. Leczenie ciężkiej astmy alergicznej IgE zależnej omalizumabem**<br>**1.1. Kryteria włączenia do programu**<br>Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria:<br>**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<br>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**<br>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.<br>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.<br>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.<br>Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe.<br>Pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku. | **1. Leczenie ciężkiej astmy alergicznej IgE zależnej omalizumabem**<br>**1.1. Badania przy kwalifikacji pacjenta do programu:**<br>1) całkowite stężenie IgE (aktualny wynik – ważność badań maksymalnie 4 tygodnie);<br>2) test *in vitro* (opcjonalnie);<br>3) pomiar masy ciała;<br>4) punktowe testy skórne lub swoiste IgE (mogą być z dokumentacji medycznej);<br>5) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia, ważność testu – 1 tydzień);<br>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);<br>7) spirometria (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia) lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF;<br>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);<br>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;<br>3) całkowite stężenie IgE w surowicy 30-1500 IU/ml;<br>4) stwierdzenie jednoznacznej reaktywności *in vitro* na alergeny całoroczne u pacjentów z całkowitym stężeniem IgE w surowicy poniżej 76 j.m./ml;<br>5) spełnienie co najmniej 2 z poniższych kryteriów:<br>a) objawy niekontrolowanej astmy (brak kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ >1.5 pkt),<br>b) hospitalizacja w ciągu ostatnich 12 miesięcy z powodu zaostrzenia astmy,<br>c) incydent ataku astmy zagrażający życiu w przeszłości,<br>d) utrzymująca się obturacja dróg oddechowych (natężona objętość wydechowa pierwszosekundowa FEV1 <80% wartości należnej lub zmienność dzienna szczytowego przepływu wydechowego PEF>30%),<br>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;<br>6) masa ciała 20-150 kg;<br>7) niepalenie tytoniu;<br>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.<br>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.<br>Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię astmy danego pacjenta.<br><br>**2. Leczenie ciężkiej astmy eozynofilowej**<br>**1) mepolizumabem**<br>Mepolizumab podawany jest w dawce 100 mg podskórnie co 4 tygodnie.<br>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.<br>Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe.<br>Pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku.<br>Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego. | a) stężenie kreatyniny,<br>b) stężenie mocznika,<br>c) stężenie białka C-reaktywnego (CRP),<br>d) stężenie AIAT,<br>e) stężenie AspAT;<br>9) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym.<br>**Ponadto przeprowadzana jest:**<br>1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu;<br>2) analiza leków przeciwastmatycznych i ich dawek stosowanych przewlekle w ciągu ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej;<br>3) analiza liczby i ciężkości zaostrzeń w ostatnim roku na podstawie dokumentacji medycznej.<br><br>**1.2. Badania kontrolne przeprowadzane w ośrodku - nie rzadziej niż raz na 4 miesiące:**<br>1) spirometria lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF;<br>2) kwestionariusz kontroli astmy ACQ;<br>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;<br>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;<br>10) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną ChPL;<br>11) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią;<br>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;<br>13) nieprzyjmowanie innych leków biologicznych w leczeniu astmy (np. mepolizumabu, benralizumabu, dupilumabu, tezepelumabu) – do 2 miesięcy od zakończenia terapii.<br><br>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<br><br>**1.2. Kryteria wyłączenia**<br>1) wystąpienie zaostrzeń astmy w okresie leczenia omalizumabem w ilości równej lub przewyższającej okres poprzedzający leczenie w obserwacji rocznej;<br>2) niespełnienie kryteriów skuteczności leczenia:<br>a) ocena odpowiedzi na terapię przez lekarza prowadzącego wg skali GETE niższa niż: bardzo dobra (całkowita kontrola astmy), dobra (znacząca poprawa kontroli astmy);<br>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.<br>Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię astmy danego pacjenta.<br><br>**2) benralizumabem**<br>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).<br>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).<br>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:**<br>1) spirometria lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące;<br>2) kwestionariusz kontroli astmy ACQ – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące;<br>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;<br>4) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu – co 4-6 tygodni.<br><br>**1.4. Monitorowanie leczenia**<br>**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:**<br>1) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu – 1 tydzień);<br>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);<br>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),<br>– 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),<br>– zmniejszenie dawki doustnego glikokortykosteroidu o ≥ 5 mg w przeliczeniu na prednizon (w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia omalizumabem);<br>3) palenie tytoniu;<br>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;<br>5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;<br>6) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą;<br>7) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;<br>8) wystąpienie zagrażającej życiu lub nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;<br>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.<br><br>**1.3. Określenie czasu leczenia w programie** | pacjent powinien być obserwowany przez 30 minut.<br>Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe.<br>Pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku.<br>Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego.<br>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<br>Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię astmy danego pacjenta.<br><br>**3. Leczenie ciężkiej astmy z zapaleniem typu 2 dupilumabem**<br>Dupilumab należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego.<br>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:<br>a) stężenie kreatyniny,<br>b) stężenie mocznika,<br>c) stężenie białka C-reaktywnego (CRP),<br>d) stężenie AIAT,<br>e) stężenie AspAT;<br>5) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym.<br>**Ponadto przeprowadzana jest:**<br>1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu;<br>2) analiza leków przeciwastmatycznych i ich dawek stosowanych przewlekle w ciągu ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej;<br>3) analiza liczby i ciężkości zaostrzeń w ostatnim roku na podstawie dokumentacji medycznej.<br><br>**2. Leczenie ciężkiej astmy eozynofilowej mepolizumabem lub benralizumabem**<br>**2.1. Badania przy kwalifikacji pacjenta do programu:**<br>1) spirometria (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia) lub PEF, jeśli obecne są przeciwwskazania do wykonania badania spirometrycznego;<br>2) morfologia krwi z rozmazem i badania biochemiczne (ważność badań 4 tygodnie):<br>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);<br>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;<br>3) spełnienie co najmniej 2 z poniższych kryteriów:<br>a) objawy niekontrolowanej astmy (brak kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ >1.5 pkt),<br>b) hospitalizacja w ciągu ostatnich 12 miesięcy z powodu zaostrzenia astmy,<br>c) incydent ataku astmy zagrażający życiu w przeszłości,<br>d) utrzymująca się obturacja dróg oddechowych (natężona objętość wydechowa pierwszosekundowa FEV1 <80% wartości należnej lub zmienność dzienna szczytowego przepływu wydechowego PEF>30%),<br>e) pogorszenie jakości życia z powodu astmy (średnia punktów w teście kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ<5,0 punktów);<br>4) wykluczenie innych zespołów hypereozynofilii;<br>5) niepalenie tytoniu;<br>6) wykluczenie zakażenia pasożytniczego na podstawie prawidłowego wyniku badania kału;<br>7) wykluczenie innych istotnych klinicznie chorób płuc;<br>8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;<br>9) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną ChPL;<br>10) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią; | Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe.<br>Pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku.<br>Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego.<br>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<br>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);<br>4) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu.<br><br>**2.3. Badania przeprowadzane w okresie zawieszenia:**<br>1) spirometria lub PEF, jeśli obecne są przeciwwskazania do wykonania badania spirometrycznego – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące;<br>2) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu 1 tydzień) – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące;<br>3) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (ważność testu – 2 tygodnie) – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące;<br>4) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu – co 4-6 tygodni.<br><br>**2.4. Monitorowanie leczenia**<br>**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:**<br>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;<br>12) nieprzyjmowanie innych leków biologicznych w leczeniu astmy (np. omalizumabu, mepolizumabu, benralizumabu, dupilumabu, tezepelumabu) – do 2 miesięcy od zakończenia terapii.<br><br>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.<br><br>**2.2. Kryteria wyłączenia**<br>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;<br>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;<br>3) ocena odpowiedzi na terapię przez lekarza prowadzącego wg skali GETE niższa niż: bardzo dobra (całkowita kontrola astmy), dobra (znacząca poprawa kontroli astmy);<br>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:<br>a) stężenie kreatyniny,<br>b) CRP,<br>c) stężenie AIAT,<br>d) stężenie AspAT;<br>3) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu – 1 tydzień);<br>4) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (ważność testu – 2 tygodnie);<br>5) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym.<br>**Ponadto przeprowadzana jest:**<br>1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu;<br>2) analiza leków przeciwastmatycznych i ich dawek stosowanych przewlekle w ciągu ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej;<br>3) analiza liczby i ciężkości zaostrzeń w ostatnim roku na podstawie dokumentacji medycznej.<br><br>**3. Leczenie ciężkiej astmy z zapaleniem typu 2 dupilumabem**<br>**3.1. Badania przy kwalifikacji pacjenta do programu:**<br>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);<br>6) palenie tytoniu;<br>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;<br>8) w przypadku stwierdzenia zakażenia pasożytniczego opornego na leczenie - zawiesić leczenie mepolizumabem lub benralizumabem do momentu wyleczenia;<br>9) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;<br>10) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą;<br>11) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;<br>12) wystąpienie zagrażającej życiu lub nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;<br>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.<br><br>**2.3. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br>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);<br>3) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu – 1 tydzień);<br>4) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia, ważność testu – 2 tygodnie);<br>5) spirometria (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia) lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF;<br>6) morfologia krwi z rozmazem i badania biochemiczne:<br>a) stężenie kreatyniny,<br>b) stężenie białka C-reaktywnego (CRP),<br>c) stężenie AIAT,<br>d) stężenie AspAT;<br>7) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym;<br>8) badania diagnostyczne mające na celu wykluczenie zakażeń pasożytniczych.<br>**Ponadto przeprowadzana jest:**<br>1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu;<br>2) analiza leków przeciwastmatycznych i ich dawek stosowanych przewlekle w ciągu ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej;<br>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.<br>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.<br>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.<br>Chory może być ponownie zakwalifikowany do terapii mepolizumabem lub benralizumabem o ile spełni kryteria włączenia i nie spełni żadnego z kryteriów wyłączenia.<br><br>**3. Leczenie ciężkiej astmy z zapaleniem typu 2 dupilumabem**<br>**3.1. Kryteria włączenia do programu:**<br>Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria:<br>**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)<br>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:**<br>1) spirometria lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF;<br>2) kwestionariusz kontroli astmy ACQ;<br>3) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ<br>4) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu.<br><br>**3.3. Badania przeprowadzane w okresie zawieszenia:**<br>1) spirometria lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące;<br>2) kwestionariusz kontroli astmy ACQ – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące;<br>3) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące;<br>4) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu – co 4-6 tygodni.<br><br>**3.4. Monitorowanie leczenia:**<br>**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);<br>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;<br>3) spełnienie co najmniej 2 z poniższych kryteriów:<br>a) objawy niekontrolowanej astmy (brak kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ>1,5 pkt),<br>b) hospitalizacja w ciągu ostatnich 12 miesięcy z powodu zaostrzenia astmy,<br>c) incydent ataku astmy zagrażający życiu w przeszłości,<br>d) utrzymująca się obturacja dróg oddechowych (natężona objętość wydechowa pierwszo-sekundowa FEV1 <80% wartości należnej lub zmienność dzienna szczytowego przepływu wydechowego PEF>30%),<br>e) pogorszenie jakości życia z powodu astmy (średnia punktów w teście kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ<5,0 punktów);<br>4) wykluczenie innych przyczyn hypereozynofilii;<br>5) niepalenie tytoniu;<br>6) wykluczenie zakażenia pasożytniczego na podstawie prawidłowego wyniku badania kału;<br>7) wykluczenie innych istotnych klinicznie chorób płuc;<br>8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;<br>9) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną ChPL;<br>10) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią;<br>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:**<br>1) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu – 1 tydzień);<br>2) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (ważność testu – 2 tygodnie);<br>3) spirometria (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia) lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF;<br>4) morfologia krwi z rozmazem i badania biochemiczne:<br>a) stężenie kreatyniny,<br>b) stężenie białka C-reaktywnego (CRP),<br>c) stężenie AIAT,<br>d) stężenie AspAT;<br>5) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym.<br>**Ponadto przeprowadzana jest:**<br>1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu;<br>2) analiza leków przeciwastmatycznych i ich dawek stosowanych przewlekle w ciągu ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej;<br>3) analiza liczby i ciężkości zaostrzeń w ostatnim roku na podstawie dokumentacji medycznej.<br><br>**4. Leczenie ciężkiej astmy tezepelumabem** |

| | | |
|---|---|---|
| prowadzący po rozważeniu ryzyka i korzyści dla pacjenta wynikających z takiego leczenia;<br>12) nieprzyjmowanie innych leków biologicznych w leczeniu astmy (np. mepolizumabu, benralizumabu, dupilumabu, tezepelumabu) – do 2 miesięcy od zakończenia terapii.<br>albo<br>**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;<br>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);<br>2) dwa lub więcej epizodów zaostrzeń w roku wymagających stosowania systemowych glikokortykosteroidów lub zwiększania ich dawki u chorych, którzy stosują je przewlekle;<br>3) całkowite stężenie IgE w surowicy 30-1500 IU/ml;<br>4) spełnienie co najmniej 2 z poniższych kryteriów:<br>a) objawy niekontrolowanej astmy (brak kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ >1,5 pkt),<br>b) hospitalizacja w ciągu ostatnich 12 miesięcy z powodu zaostrzenia astmy,<br>c) incydent ataku astmy zagrażający życiu w przeszłości, | | **4.1. Badania przy kwalifikacji pacjenta do programu:**<br>1) spirometria (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia) lub PEF, jeśli obecne są przeciwwskazania do wykonania badania spirometrycznego;<br>2) morfologia krwi z rozmazem i badania biochemiczne (ważność badań 4 tygodnie):<br>a) stężenie kreatyniny;<br>b) stężenie białka C-reaktywnego (CRP);<br>c) stężenie AIAT;<br>d) stężenie AspAT;<br>3) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym;<br>4) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu 1 tydzień);<br>5) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia, ważność testu – 2 tygodnie);<br>6) badania diagnostyczne mające na celu wykluczenie zakażeń pasożytniczych.<br>**Ponadto przeprowadzana jest:**<br>1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu;<br>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%),<br>e) pogorszenie jakości życia z powodu astmy (średnia punktów w teście kontroli jakości życia chorego na astmę miniAQLQ<5,0 punktów);<br>5) niepalenie tytoniu;<br>6) wykluczenie zakażenia pasożytniczego na podstawie prawidłowego wyniku badania kału;<br>7) wykluczenie innych niż reakcja organizmu na całoroczne alergeny wziewne przyczyn powodujących ciężki przebieg astmy;<br>8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;<br>9) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną ChPL;<br>10) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią;<br>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;<br>12) nieprzyjmowanie innych leków biologicznych w leczeniu astmy (np. omalizumabu, mepolizumabu, benralizumabu, tezepelumabu) – do 2 miesięcy od zakończenia terapii.<br><br>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.<br><br>**4.2. Badania kontrolne przeprowadzane - nie rzadziej niż raz na 4 miesiące:**<br>1) spirometria lub PEF, jeśli obecne są przeciwwskazania do wykonania badania spirometrycznego;<br>2) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu 1 tydzień);<br>3) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (ważność testu – 2 tygodnie);<br>4) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu.<br><br>**4.3. Badania przeprowadzane w okresie zawieszenia:**<br>1) spirometria lub PEF, jeśli obecne są przeciwwskazania do wykonania badania spirometrycznego – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące;<br>2) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu 1 tydzień) – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące;<br>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**<br>1) wystąpienie zaostrzeń astmy w okresie leczenia dupilumabem w ilości równej lub przewyższającej okres poprzedzający leczenie w obserwacji rocznej;<br>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;<br>3) ocena odpowiedzi na terapię przez lekarza prowadzącego wg skali GETE niższa niż: bardzo dobra (całkowita kontrola astmy), dobra (znacząca poprawa kontroli astmy);<br>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);<br>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);<br>6) palenie tytoniu;<br>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;<br>8) w przypadku stwierdzenia zakażenia pasożytniczego opornego na leczenie – zawiesić leczenie dupilumabem do momentu wyleczenia;<br>9) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;<br>10) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą;<br>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.<br><br>**4.4. Monitorowanie leczenia**<br>**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:**<br>1) spirometria lub PEF, jeśli obecne są przeciwwskazania do wykonania badania spirometrycznego;<br>2) morfologia krwi z rozmazem i badania biochemiczne:<br>a) stężenie kreatyniny,<br>b) CRP,<br>c) stężenie AIAT,<br>d) stężenie AspAT;<br>3) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu – 1 tydzień);<br>4) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (ważność testu – 2 tygodnie);<br>5) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym.<br>**Ponadto przeprowadzana jest:**<br>1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu;<br>2) analiza leków przeciwastmatycznych i ich dawek stosowanych przewlekle w ciągu |

| | | |
|---|---|---|
| 12) wystąpienie zagrażającej życiu lub nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;<br>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.<br><br>**3.3. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br>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.<br>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.<br>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.<br>Chory może być ponownie zakwalifikowany do terapii dupilumabem o ile spełni kryteria włączenia i nie spełni żadnego z kryteriów wyłączenia.<br><br>**4. Leczenie ciężkiej astmy tezepelumabem**<br>**4.1. Kryteria włączenia do programu**<br>Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria: | | ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej;<br>3) analiza liczby i ciężkości zaostrzeń w ostatnim roku na podstawie dokumentacji medycznej.<br><br>**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:<br>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);<br>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;<br>3) spełnienie co najmniej 2 z poniższych kryteriów:<br>a) objawy niekontrolowanej astmy (brak kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ >1.5 pkt),<br>b) hospitalizacja w ciągu ostatnich 12 miesięcy z powodu zaostrzenia astmy,<br>c) incydent ataku astmy zagrażający życiu w przeszłości,<br>d) utrzymująca się obturacja dróg oddechowych (natężona objętość wydechowa pierwszosekundowa FEV1 <80% wartości należnej lub zmienność dzienna szczytowego przepływu wydechowego PEF>30%),<br>e) pogorszenie jakości życia z powodu astmy (średnia punktów w teście kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ<5,0 punktów);<br>4) niepalenie tytoniu;<br>5) wykluczenie zakażenia pasożytniczego na podstawie prawidłowego wyniku badania kału;<br>6) wykluczenie innych istotnych klinicznie chorób płuc;<br>7) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;<br>8) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną ChPL; | | nie rzadziej niż 1 raz w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy.<br><br>**6. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) przekazywanie informacji 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;<br>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;<br>11) nieprzyjmowanie innych leków biologicznych w leczeniu astmy (np. omalizumabu, mepolizumabu, benralizumabu, dupilumabu,) – do 2 miesięcy od zakończenia terapii.<br><br>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<br><br>**4.2. Kryteria wyłączenia**<br>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;<br>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;<br>3) ocena odpowiedzi na terapię przez lekarza prowadzącego wg skali GETE niższa niż: bardzo dobra (całkowita kontrola astmy), dobra (znacząca poprawa kontroli astmy);<br>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);<br>6) palenie tytoniu;<br>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;<br>8) w przypadku stwierdzenia zakażenia pasożytniczego opornego na leczenie- zawiesić leczenie tezepelumabem do momentu wyleczenia;<br>9) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;<br>10) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą;<br>11) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;<br>12) wystąpienie zagrażającej życiu lub nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;<br>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.<br><br>**4.3. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br>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.<br>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.<br>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.<br>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**<br>**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.<br>**1.2.** Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria:<br>1) pacjenci w wieku:<br>a) 18 lat i powyżej,<br>lub<br>b) 4 lat i powyżej – w przypadku do kwalifikacji do terapii adalimumabem,<br>lub<br>c) 6 lat i powyżej - w przypadku kwalifikacji do terapii etanerceptem, ustekinumabem, iksekizumabem, sekukinumabem; | **1. Dawkowanie**<br>**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.<br>Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe.<br>Pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty w odstępach zgodnych z punktami monitorowania leczenia.<br>Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego.<br>Pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie techniki podawania | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) morfologia krwi;<br>2) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT);<br>3) aminotransferaza alaninowa (AlAT);<br>4) stężenie kreatyniny w surowicy;<br>5) stężenie białka C-reaktywnego (CRP);<br>6) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza);<br>7) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon;<br>8) obecność antygenu HBs;<br>9) przeciwciała anty-HCV;<br>10) obecność antygenu wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo);<br>11) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją);<br>12) EKG (w przypadku pacjentów w wieku od 6 do 18 lat – do decyzji lekarza prowadzącego).<br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>**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;<br>3) pacjenci, u których uzyskano następującą ocenę nasilenia procesu łuszczycowego ze wskaźnikami:<br>a) PASI większym niż 10,<br>oraz<br>b) DLQI (ewentualnie CDLQI) większym niż 10,<br>oraz<br>c) BSA większym niż 10;<br>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.<br>**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.<br>**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.<br>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:<br>1) morfologię krwi;<br>2) stężenie białka C-reaktywnego (CRP);<br>3) stężenie kreatyniny w surowicy;<br>4) AspAT i AlAT;<br>oraz po 4 miesiącach (± 30 dni) od pierwszego podania substancji czynnej należy dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii wg wskaźników PASI, DLQI i BSA.<br>Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe badania laboratoryjne oraz ocenę skuteczności klinicznej należy powtarzać co najmniej raz na 6 miesięcy (± 30 dni).<br>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.<br>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.<br><br>**2. Kryteria stanowiące przeciwskazania do udziału w programie**<br>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.<br><br>**3. Adekwatna odpowiedź na leczenie**<br>1) po 4 miesiącach (± 30 dni) terapii zmniejszenie wartości wskaźnika PASI o co najmniej 75%<br>lub<br>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.<br><br>**4. Kryteria i warunki zmiany terapii**<br>1) zmiana terapii na leczenie inną, wymienioną w programie substancją czynną, możliwa jest tylko w następujących sytuacjach:<br>a) wystąpienie ciężkiej reakcji uczuleniowej na substancję czynną lub pomocniczą,<br>lub<br>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.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej |

| | | |
|---|---|---|
| lub<br>c) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na zastosowaną substancję czynną zgodnie z pkt. 3 lub utrata adekwatnej odpowiedzi stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących;<br>2) w ramach programu lekowego nie jest możliwe zastosowanie więcej niż dziesięciu leków biologicznych, w tym nie więcej niż dwóch inhibitorów TNF alfa;<br>3) w ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie;<br>4) kwalifikacja pacjenta do drugiego leku i kolejnych w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem programu.<br><br>**5. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt. 3;<br>2) utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących to znaczy:<br>a) PASI większy niż 10,<br>oraz<br>b) BSA większy niż 10,<br>oraz<br>c) DLQI (ew. CDLQI) większy niż 10;<br>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.<br><br>**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:<br>1) kryteria kwalifikacji i wyłączenia z programu określają czas leczenia w programie;<br>2) leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu;<br>3) w przypadku istotnej czasowej przerwy w leczeniu daną substancją czynną, schemat monitorowania ulega modyfikacji z uwzględnieniem okresu przerwy w podawaniu leku.<br><br>**7. Kryteria ponownego włączenia do programu**<br>Do programu może być ponownie włączony pacjent:<br>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;<br>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:<br>1) olaparyb;<br>2) niraparyb;<br>**W leczeniu nowo zdiagnozowanego** zaawansowanego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej stosuje się:<br>**1) w monoterapii:**<br>a) olaparyb u pacjentek z obecnością mutacji w genach BRCA 1/2,<br>albo<br>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);<br>**2) w skojarzeniu:**<br>a) **olaparyb z bewacyzumabem** u pacjentek z obecnością mutacji w genach BRCA 1/2 lub potwierdzonym niedoborem homologicznej rekombinacji (HRD);<br>**W leczeniu nawrotowego** raka jajnika o niskim stopniu zróżnicowania (G2 lub G3), raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej stosuje się:<br>1) **w monoterapii:** | **1. Dawkowanie**<br>**1.1. olaparyb w monoterapii:**<br>maksymalna całkowita dawka dobowa: 600 mg.<br>**1.2. niraparyb w monoterapii:**<br>maksymalna całkowita dawka dobowa: 300 mg.<br>Leczenie inhibitorami PARP należy rozpocząć najpóźniej do 12 tygodni od zakończenia leczenia chemioterapią.<br>**1.3. olaparyb w skojarzeniu z bewacyzumabem:**<br>**bewacyzumab** - 15 mg/kg masy ciała dożylnie, rytm: co 3 tygodnie, do 22 cykli łącznie.<br>Leczenie należy rozpocząć nie później niż podczas trzech ostatnich cykli chemioterapii.<br>**olaparyb** - maksymalna całkowita dawka dobowa: 600 mg.<br>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.<br>**2. Modyfikacja dawkowania leków** | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>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;<br>2) morfologia krwi z rozmazem;<br>3) oznaczenia stężenia kreatyniny;<br>4) oznaczenie stężenia bilirubiny;<br>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;<br>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;<br>7) oznaczenie stężenia CA 125;<br>8) jeżeli zachodzi konieczność wykluczenia ciąży wykonuje się próbę ciążową;<br>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).<br><br>W programie istnieje jednorazowa możliwość leczenia inhibitorami PARP.<br><br>**1.1. Kryteria kwalifikacji dla nowo zdiagnozowanego** raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej<br>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:<br>a) **w przypadku leczenia olaparybem albo niraparybem w monoterapii** stopień zaawansowania choroby (FIGO) - spełnienie jednego z poniższych kryteriów:<br>– 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),<br>lub<br>– FIGO III u chorych po pierwotnym zabiegu cytoredukcyjnym (w przypadku niraparybu),<br>lub<br>– 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),<br>lub<br>– 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**<br>**2.1. Monitorowanie bezpieczeństwa**<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) oznaczenia stężenia kreatyniny;<br>3) oznaczenie stężenia bilirubiny;<br>4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;<br>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;<br>6) inne badanie w razie wskazań klinicznych.<br>Badania wykonuje się co 1 miesiąc.<br>W przypadku niraparybu w pierwszym miesiącu leczenia zaleca się kontrolę morfologii krwi raz na tydzień i w razie konieczności modyfikację dawkowania.<br><br>**2.2. Monitorowanie skuteczności**<br>1) badanie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego jamy brzusznej i miednicy oraz innych okolic ciała w zależności od wskazań klinicznych;<br>2) oznaczenie stężenia CA125 co 1 miesiąc lub w przypadku podejrzenia progresji choroby nowotworowej;<br>3) inne badania w razie wskazań klinicznych.<br>Badania tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego wykonuje się:<br>a) w trakcie leczenia olaparybem albo niraparybem nie rzadziej niż co 6 miesięcy |

| | | |
|---|---|---|
| albo<br>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;<br>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;<br>3) stan sprawności ogólnej w stopniach 0-1 według klasyfikacji ECOG;<br>4) całkowita lub częściowa wg aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST odpowiedź na chemioterapię pierwszego rzutu opartą o leczenie zawierające pochodne platyny;<br>5) wiek 18 lat i powyżej;<br>6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (ChPL);<br>7) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z zapisami aktualnej ChPL;<br>8) nieobecność innych nowotworów niekontrolowanych leczeniem;<br>9) wykluczenie ciąży.<br>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>**1.2. Kryteria kwalifikacji dla nawrotowego** raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej<br>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,<br>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.<br>Oceny skuteczności leczenia dokonuje się zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST.<br>w celu monitorowania skuteczności leczenia lekarz prowadzący określa dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym:<br>a) całkowitą (CR) lub częściową odpowiedź (PR) na leczenie,<br>b) stabilizację (SD) lub progresję choroby (PD),<br>c) całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS).<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>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);<br>3) wcześniejsze zastosowanie przynajmniej dwóch linii chemioterapii z udziałem pochodnych platyny;<br>4) stan sprawności ogólnej w stopniach 0-2 według klasyfikacji ECOG;<br>5) całkowita lub częściowa wg aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST odpowiedź na leczenie po ostatnim schemacie leczenia zawierającym pochodne platyny;<br>6) wiek 18 lat i powyżej;<br>7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (ChPL);<br>8) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z zapisami aktualnej ChPL;<br>9) nieobecność innych nowotworów niekontrolowanych leczeniem;<br>10) wykluczenie ciąży.<br>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>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.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>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);<br>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;<br>3) 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,<br>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,<br>c) do czasu wystąpienia progresji choroby podstawowej zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST,<br>d) do czasu wystąpienia niemożliwej do zaakceptowania toksyczności;<br>2) leczenie chorych niraparybem na nowo zdiagnozowanego rak jajnika, rak jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej:<br>a) 36 miesięcy,<br>b) do czasu wystąpienia progresji choroby podstawowej zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST,<br>c) do czasu wystąpienia niemożliwej do zaakceptowania toksyczności;<br>3) leczenie chorych olaparybem na nawrotowego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej:<br>a) do czasu wystąpienia progresji choroby podstawowej zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST,<br>b) do czasu wystąpienia niemożliwej do zaakceptowania toksyczności.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lek (olaparyb albo niraparyb) lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>2) progresja choroby nowotworowej oceniona zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST;<br>3) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii lekarza prowadzącego lub zgodnie z aktualnie obowiązującą ChPL;<br>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;<br>b) w przypadku leczenia nawrotowego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej: do stopnia ≥ 3 według kryteriów ECOG;<br>5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają prowadzenie leczenia;<br>6) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;<br>7) karmienie piersią podczas leczenia oraz 1 miesiąc po przyjęciu ostatniej dawki leku;<br>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 PŁASKONABŁONKOWEGO RAKA NARZĄDÓW GŁOWY I SZYI

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| **1. Leczenie płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi w skojarzeniu z radioterapią w miejscowo zaawansowanej chorobie (ICD-10 C01, C05.0, C05.1, C05.2, C05.8, C05.9, C09.0, C09.1, C09.8, C09.9, C10.0, C10.1, C10.2, C10.3, C10.4, C10.8, C10.9, C12, C13.0, C13.1, C13.2, C13.8, C13.9, C32.0, C32.1, C32.2, C32.3, C32.8, C32.9)**<br>***1.1. Leczenie płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi przy wykorzystaniu substancji czynnej cetuksymab***<br>**1.1.1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) do programu kwalifikowani są dorośli pacjenci z potwierdzeniem histologicznego rozpoznania płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi (lokalizacja – ustna część gardła, krtaniowa część gardła lub krtań) ustalonego na podstawie badania materiału uzyskanego przez biopsję wycinkową ogniska pierwotnego nowotworu lub przerzutowo zmienionych regionalnych węzłów chłonnych;<br>2) potwierdzenie zaawansowania w stopniach III lub IV (z wyłączeniem stopnia T1N1 i wykluczeniem obecności przerzutów w odległych narządach) ustalone na podstawie badania przedmiotowego i badań obrazowych;<br>3) wykluczenie stosowania uprzedniego leczenia przyczynowego z wyłączeniem chirurgicznej biopsji wycinkowej; | **1. Leczenie płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi w skojarzeniu z radioterapią w miejscowo zaawansowanej chorobie (ICD-10 C01, C05.0, C05.1, C05.2, C05.8, C05.9, C09.0, C09.1, C09.8, C09.9, C10.0, C10.1, C10.2, C10.3, C10.4, C10.8, C10.9, C12, C13.0, C13.1, C13.2, C13.8, C13.9, C32.0, C32.1, C32.2, C32.3, C32.8, C32.9)**<br>**1.1. Cetuksymab**<br>1.1.1. Przed pierwszym i kolejnymi zastosowaniami cetuksymabu konieczna jest premedykacja z udziałem leku przeciwhistaminowego i kortykosteroidu. Lek musi być podawany pod nadzorem lekarza doświadczonego w stosowaniu leków przeciwnowotworowych, a w czasie wlewu oraz przynajmniej przez godzinę po jego zakończeniu konieczne jest ścisłe monitorowanie stanu pacjenta przy jednoczesnym zapewnieniu dostępności sprzętu resuscytacyjnego.<br>1.1.2. Cetuksymab podawany jest raz w tygodniu. | **1. Leczenie płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi w skojarzeniu z radioterapią w miejscowo zaawansowanej chorobie (ICD-10 C01, C05.0, C05.1, C05.2, C05.8, C05.9, C09.0, C09.1, C09.8, C09.9, C10.0, C10.1, C10.2, C10.3, C10.4, C10.8, C10.9, C12, C13.0, C13.1, C13.2, C13.8, C13.9, C32.0, C32.1, C32.2, C32.3, C32.8, C32.9)**<br>**1.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia cetuksymabem**<br>**1.1.1. Badania laboratoryjne**<br>1) histologiczne potwierdzenie w oparciu o ocenę materiału pobranego za pomocą biopsji wycinkowej ogniska pierwotnego lub przerzutowo zmiennych węzłów chłonnych;<br>2) morfologia krwi z rozmazem;<br>3) stężenie mocznika, kreatyniny, transaminaz (ASPAT, ALAT), bilirubiny, dehydrogenazy mleczajowej (LDH), elektrolitów, wapnia i magnezu w surowicy;<br>4) próba ciążowa (u kobiet w okresie prokreacyjnym);<br>5) inne w razie wskazań klinicznych.<br>**1.1.2. Inne badania**<br>1) TK lub MR twarzoczaszki i szyi;<br>2) badanie laryngologiczne z fiberoskopią górnych dróg oddechowych krtaniowej części gardła; |

4) potwierdzenie możliwości obiektywnej oceny zaawansowania miejscowego i regionalnego na podstawie badania przedmiotowego (w tym – fiberoskopia) oraz badania komputerowej tomografii (TK) lub magnetycznego rezonansu (MR) z wykluczeniem nacieku chrząstki tarczowatej lub kości żuchwy lub skóry;
5) wykluczenie obecności przerzutów odległych przynajmniej na podstawie rentgenografii klatki piersiowej w dwóch projekcjach i ultrasonografii jamy brzusznej;
6) potwierdzenie obecności medycznych przeciwwskazań do jednoczesnej chemioradioterapii z udziałem cisplatyny, w tym:
   a) zaburzenia czynności nerek – (jeden z wymienionych stanów- przewlekła choroba nerek w wywiadzie, stwierdzenie wartości klirensu kreatyniny poniżej 50ml/min. bez związku z przejściowym odwodnieniem lub potwierdzenie w przynajmniej dwóch badaniach podwyższonej wartości stężenia kreatyniny i/lub mocznika bez związku z przejściowym odwodnieniem),
   b) choroby narządu słuchu ( w tym niedosłuch potwierdzony badaniem laryngologicznym lub - w przypadku wątpliwości- badaniem audiometrycznym),
   c) polineuropatia potwierdzona badaniem neurologicznym;
7) potwierdzenie sprawności w stopniu 0 lub 1 według klasyfikacji WHO;
8) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią;
9) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych:
   a) po lub w trakcie leczenia o założeniu paliatywnym niezależnie od kategorii uzyskanej odpowiedzi oraz,
   b) po leczeniu o założeniu radykalnym, którym nie uzyskano całkowitej remisji choroby;

1.1.3. Cetuksymab w dawce 400 mg/m$^2$ podawany jest dożylnie po raz pierwszy 7 dni przed planowanym rozpoczęciem napromieniania (czas trwania pierwszego wlewu – 120 minut).

1.1.4. Kolejne dawki wynoszą 250 mg/m$^2$ – podania w 1 dniu radioterapii na 1-3 godziny przed frakcją napromieniani i następnie w analogiczny sposób w rytmie co tydzień do zakończenia radioterapii (czas trwania kolejnych wlewów – 60 min.). Alternatywnie dopuszcza się podawanie cetuksymabu dożylnie w dawce 500 mg/m$^2$, co 2 tygodnie

1.1.5. Łącznie, poza dawką indukcyjną poprzedzającą napromienianie, chorzy otrzymują 6 (radioterapia przyspieszona) lub 7 (radioterapia frakcjonowana konwencjonalnie) podań cetuksymabu.

1.1.6. W trakcie kolejnych wlewów konieczne jest ścisłe monitorowanie stanu chorego w trakcie oraz przez godzinę po zakończeniu podawania leku.

**1.2. Planowanie i realizacja radioterapii**

1.2.1. Napromienianie prowadzone jest przy użyciu wysoenergetycznych fotonów X indukowanych w przyspieszaczu liniowym.

1.2.2. Radioterapia powinna być zaplanowana w oparciu o trójwymiarową rekonstrukcję badań obrazowych, zgodnie z wytycznymi ICRU odnośnie określania objętości napromienianej

3) rentgenografia klatki piersiowej w dwóch projekcjach;
4) ultrasonografia jamy brzusznej;
5) badanie elektrokardiograficzne (EKG);
6) pomiar ciśnienia tętniczego;
7) inne w zależności od wskazań klinicznych.

**1.1.3. Uwagi**

TK lub MR w ramach diagnostyki jest badaniem wykonywanym niezależnie od obrazowania w trakcie planowania napromieniania.

**1.2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia**

Badania należy wykonać przed podaniem pierwszej dawki cetuksymabu przed pierwszym napromienianiem oraz:

**1.2.1. Badania laboratoryjne**

1) morfologia krwi z rozmazem, co tydzień w trakcie radioterapii;
2) stężenie mocznika, kreatyniny, transaminaz (ASPAT, ALAT), bilirubiny, dehydrogenazy mleczanowej (LDH), elektrolitów, wapnia i magnezu w surowicy, co 3 tygodnie;
3) inne w razie wskazań klinicznych.

**1.2.2. Inne badania**

1) ocena odczynów popromiennych co tydzień od 2 tygodnia radioterapii;
2) badanie skóry pod kątem oceny nasilenia wysypki trądzikopodobnej.

**1.3. Monitorowanie skuteczności leczenia**

Kliniczna ocena regresji raka płaskonabłonkowego co tydzień w trakcie leczenia, bezpośrednio po jego zakończeniu, a następnie systematycznie w trakcie wizyt kontrolnych.

10) potwierdzenie zachowanej wydolności narządowej określonej na podstawie wyników badań laboratoryjnych:

a) czynności wątroby:

– stężenie bilirubiny całkowitej ≤ 1,5-krotnej wartości górnej granicy normy;

– aktywność transaminaz alaninowej i asparaginowej w surowicy ≤ 5-krotnej wartości górnej granicy normy;

b) morfologii krwi z rozmazem:

– stężenie hemoglobiny ≥ 10,0g/dl;

– poziom leukocytów > 3 000/mm$^3$;

– poziom neutrofili > 1 500/mm$^3$;

– poziom płytek krwi > 100 000/mm3.

11) wykluczenie niekontrolowanych chorób układu sercowo-naczyniowego.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

**1.1.2. Określenie czasu leczenia w programie**

Całkowity czas trwania leczenia w ramach programu oznacza okres między podaniem pierwszej – wyprzedzającej napromienianie – dawki cetuksymabu i dniem zakończenia radioterapii. Leczenie może być przerwane w momencie podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu.

**1.1.3. Kryteria wyłączenia z programu**

1) wystąpienie nasilonej reakcji infuzyjnej po podaniu cetuksymabu;

2) wystąpienie wysypki trądzikopodobnej o przynajmniej 3 stopniu nasilenia po raz czwarty z kolei lub brak zmniejszenia

(gross tumor volume – GTV, clinical target volume – CTV, planned target volume – PTV).

1.2.3. Konieczne jest stosowanie standardowej radioterapii 3D konformalnej lub napromieniania z modulowaną intensywnością wiązki (IMRT).

1.2.4. Frakcjonowanie dawki radioterapii zależne jest od preferencji ośrodka w następujących wariantach:

– frakcjonowania konwencjonalnego (Df = 2 Gy; 5 razy w tygodniu; TD = 70 Gy);

– frakcjonowania przyspieszonego (metody SIB IMRT, CAIR, concomitant boost, 6 kolejnych dni leczenia tygodniowo);

– hiperfrakcjonowania (DF = 1,1 – 1,2 Gy 2 razy dziennie).

1.2.5. Kontrola jakości napromieniania powinna odbywać się w oparciu o rekomendację ESTRO i zasady obowiązujące w ośrodku prowadzącym leczenie.

**2. Leczenie zaawansowanego raka płaskonabłonkowego narządów głowy i szyi z zastosowaniem cetuksymabu w skojarzeniu z chemioterapią opartą na pochodnych platyny (ICD-10 C00, C01, C02, C03, C04, C05, C06, C07, C08, C09, C10, C14)**

**2.1. Cetuksymab**

**1.3.1. Badania laboratoryjne**

1) w razie wskazań klinicznych.

**1.3.2. Inne badania**

1) badanie przedmiotowe (laryngologiczne);

2) TK lub MR twarzoczaszki i szyi 3-4 miesiące po zakończeniu napromieniania, następnie co 6 miesięcy przez 3 lata;

3) rentgenografia klatki piersiowej w dwóch projekcjach 1 raz w roku;

4) inne badania zgodnie ze wskazaniami klinicznymi.

**1.3.3. Uwagi**

Wizyty kontrolne: 1 miesiąc po zakończeniu leczenia, następnie co 2 miesiące w pierwszym roku po leczeniu, co 3 miesiące w drugim i trzecim roku po leczeniu, potem co 6 miesięcy.

**2. Leczenie zaawansowanego raka płaskonabłonkowego narządów głowy i szyi z zastosowaniem cetuksymabu w skojarzeniu z chemioterapią opartą na pochodnych platyny (ICD-10 C00, C01, C02, C03, C04, C05, C06, C07, C08, C09, C10, C14)**

**2.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia cetuksymabem**

**2.1.1. Badania laboratoryjne**

1) histologiczne potwierdzenie raka płaskonabłonkowego zgodnie z kryteriami włączenia;

2) morfologia krwi z rozmazem;

3) stężenie we krwi: kreatyniny, transaminaz (ASPAT, ALAT), bilirubiny, sodu, potasu, wapnia, magnezu;

4) próba ciążowa (u kobiet w okresie prokreacyjnym);

5) inne w razie wskazań klinicznych.

**2.1.2. Inne badania**

| | | |
|---|---|---|
| się nasilenia wysypki do 2 stopnia w okresie przerwy w podawaniu leku;<br>3) definitywne przerwanie napromieniania z jakichkolwiek przyczyn;<br>4) wystąpienie nasilonych odczynów popromiennych lub powikłań ogólnoustrojowych skutkujące dłuższą niż 2 tygodnie przerwą w napromienieniu.<br><br>**2. Leczenie zaawansowanego raka płaskonabłonkowego narządów głowy i szyi z zastosowaniem cetuksymabu w skojarzeniu z chemioterapią opartą na pochodnych platyny (ICD-10 C00, C01, C02, C03, C04, C05, C06, C07, C08, C09, C10, C14)**<br>***2.1. Leczenie płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi przy wykorzystaniu substancji czynnej cetuksymab***<br>**2.1.1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) potwierdzenie histologicznego rozpoznania płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi (lokalizacja – jama ustna i ustna część gardła) w stopniu zróżnicowania guza G1-G2;<br>2) potwierdzenie nawrotu lub przerzutów odległych na podstawie badania przedmiotowego lub badań obrazowych przy jednoczesnym braku możliwości zastosowania miejscowego leczenia ratunkowego (chirurgicznego lub napromieniania);<br>3) wykluczenie uprzedniego stosowania chemioterapii opartej na pochodnych platyny lub leków anty-EGFR u chorych na zaawansowanego raka płaskonabłonkowego głowy i szyi (nie dotyczy wcześniejszego stosowania wymienionych leków w skojarzeniu z radioterapią u chorych z miejscowo zaawansowanym nowotworem); | 2.1.1. Przed pierwszym i kolejnymi zastosowaniami cetuksymabu konieczna jest premedykacja z udziałem leku przeciwhistaminowego i kortykosteroidu;<br>2.1.2. Początkowa dawka cetuksymabu wynosi 400 mg/m$^2$ podawana dożylnie (czas trwania pierwszego wlewu – 120 minut);<br>2.1.3. Kolejne dawki wynoszą 250 mg/m$^2$ podawane co 7 dni (czas trwania kolejnego wlewu – 60 minut). Alternatywnie dopuszcza się podawanie cetuksymabu dożylnie w dawce 500 mg/m$^2$, co 2 tygodnie.<br>2.1.4. W trakcie wlewów konieczne jest ścisłe monitorowanie stanu chorego w trakcie oraz przez godzinę po zakończeniu podawania leku.<br><br>**2.2. Leczenie podtrzymujące cetuksymabem**<br>2.2.1. Po zakończeniu podawania chemioterapii leczenie cetuksymabem kontynuuje się:<br>1) w przypadku schematu EXTREME, w dawce 250 mg/m$^2$ co tydzień lub 500 mg/m$^2$ co 2 tygodnie;<br>2) w przypadku schematu TPEx, w dawce 500 mg/m$^2$ co 2 tygodnie<br>- do czasu spełnienia przynajmniej jednego z kryteriów wyłączenia z programu.<br><br>**2.3. Chemioterapia**<br>2.3.1. Schemat EXTREME: Cisplatyna w dawce 100 mg/m$^2$ w dniu 1 kursu lub, w przypadku | 1) TK lub MR twarzoczaszki i szyi;<br>2) RTG klatki piersiowej i USG jamy brzusznej (opcjonalnie TK lub MRI przy braku możliwości określenia wielkości i liczby zmian przerzutowych w klatce piersiowej na podstawie konwencjonalnego badania RTG);<br>3) inne w zależności od wskazań klinicznych.<br><br>**2.2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia**<br>**2.2.1. Badania laboratoryjne**<br>1) morfologia krwi z rozmazem – przed każdym cyklem chemioterapii;<br>2) stężenie kreatyniny, transaminaz (ASPAT, ALAT), bilirubiny, sodu, potasu, wapnia i magnezu w surowicy – przed każdym cyklem chemioterapii;<br>3) inne w razie wskazań klinicznych.<br>**2.2.2. Inne badania**<br>1) ocena nasilenia wysypki trądzikopodobnej przed każdym podaniem cetuksymabu.<br><br>**2.3. Monitorowanie skuteczności leczenia**<br>1) badanie obrazowe KT lub MRI twarzoczaszki i szyi oraz inne w zależności od lokalizacji zmian przerzutowych – nie rzadziej niż co 3 miesiące lub w razie wskazań klinicznych;<br>2) inne badania zgodnie ze wskazaniami klinicznymi.<br><br>**3. Pembrolizumab w leczeniu płaskonabłonkowego raka jamy ustnej, gardła lub krtani (ICD-10 C01, C02, C03, C04, C05, C06, C09, C10, C12, C13, C14, C32)**<br>**3.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia** |

4) brak przeciwwskazań do chemioterapii z udziałem pochodnych platyny i 5FU;

5) potwierdzenie sprawności wg KPS ≥ 80 lub ECOG/WHO 0-1;

6) obecność nowotworowych zmian możliwych do oceny według kryteriów RECIST 1.1.;

7) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią;

8) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych leczonych z założeniem paliatywnym (niezależnie od uzyskanej odpowiedzi) oraz nieuzyskanie całkowitej odpowiedzi w przypadku innych nowotworów, w których stosowano leczenie radykalne;

9) potwierdzenie prawidłowej czynności układu krwiotwórczego umożliwiającej leczenie zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego;

10) brak cech klinicznie istotnej niewydolności wątroby:

– stężenie bilirubiny całkowitej ≤ 2-krotnej wartości górnej granicy normy; w przypadku chorych z przerzutami do wątroby – stężenie bilirubiny całkowitej < 5 mg/dl,

– aktywność transaminaz alaninowej i asparaginowej w surowicy ≤ 3-krotnej wartości górnej granicy normy;

11) brak cech klinicznie istotnej niewydolności nerek:

– klirens kreatyniny:

i. dla cisplatyny ≥ 60 ml/min/1,73 $m^2$,

ii. dla karboplatyny ≥ 40 ml/min/1,73 $m^2$;

12) wykluczenie współwystępowania niekontrolowanych zakażeń.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

**2.1.2. Określenie czasu leczenia w programie**

udokumentowanych przeciwskazań do podania cisplatyny, karboplatyna w dawce AUC5, w skojarzeniu z 5FU w dawce 1000 mg/$m^2$ w dniach 1-4. Chemioterapia jest podawana przynajmniej jedną godzinę po zakończeniu podawania cetuksymabu. Cykle są podawane co 3 tygodnie;

2.3.2. Okres zastosowania chemioterapii – do 6 cykli;

2.3.3. Schemat TPEx: Cisplatyna w dawce 75 mg/$m^2$ w dniu 1 kursu lub, w przypadku udokumentowanych przeciwskazań do podania cisplatyny, karboplatyna w dawce AUC5, w skojarzeniu z docetakselem w dawce 75 mg/$m^2$ w dniu 1 kursu. Chemioterapia jest podawana przynajmniej jedną godzinę po zakończeniu podawania cetuksymabu. Cykle są podawane co 3 tygodnie;

2.3.4. Okres zastosowania chemioterapii - do 4 cykli.

**2.4. Postępowanie w przypadku wystąpienia działań niepożądanych**

2.4.1. W przypadku wystąpienia działań niepożądanych dawkowanie leków należy dostosować do wytycznych zawartych w poszczególnych Charakterystykach Produktu Leczniczego;

2.4.2. W przypadku konieczności przerwania leczenia systemowego przerwa w leczeniu nie może być dłuższa niż 2 miesiące;

1) badanie podmiotowe i przedmiotowe;

2) ocena stanu sprawności w skali ECOG;

3) pomiar masy ciała;

4) badania laboratoryjne:

a) morfologia krwi,

b) oznaczenie stężenia kreatyniny,

c) oznaczanie stężenia glukozy,

d) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej,

e) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej i asparaginianowej,

f) oznaczenie poziomu sodu, wapnia, potasu,

g) oznaczenie poziomu TSH,

h) test ciążowy u kobiet w wieku prokreacyjnym;

5) badanie obrazowe – obligatoryjne – umożliwiające rozpoznanie miejscowego nawrotu lub uogólnienia płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi – TK lub inne, jeżeli wymaga tego stan kliniczny pacjenta;

6) Potwierdzenie obecności ekspresji PDL1 zgodnie z kryteriami kwalifikowania chorych przy użyciu przeciwciała DAKO 22C3 lub przeciwciała Ventana SP263.

**3.2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia**

1) badanie podmiotowe i przedmiotowe;

2) morfologia krwi;

3) wskaźniki biochemiczne: oznaczenie stężenia kreatyniny, glukozy, bilirubiny całkowitej, sodu, potasu, wapnia, aminotransferaz, TSH.

Badania należy wykonywać co 6 tygodni lub częściej w zależności od sytuacji klinicznej.

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

**2.1.3. Kryteria wyłączenia z programu**

1) istotne, utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności ogólnej lub jakości życia chorego;
2) wystąpienie istotnych objawów niepożądanych lub współistniejących schorzeń uniemożliwiających w opinii lekarza prowadzącego kontynuację leczenia;
3) progresja choroby lub zgon chorego;
4) wycofanie przez chorego zgody na leczenie w ramach programu lekowego;
5) występowanie niekontrolowanych, oportunistycznych zakażeń.

**3. Pembrolizumab w leczeniu płaskonabłonkowego raka jamy ustnej, gardła lub krtani (ICD-10 C01, C02, C03, C04, C05, C06, C09, C10, C12, C13, C14, C32)**

***3.1. Leczenie <u>pembrolizumabem</u> dorosłych pacjentów z rozpoznaniem płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi:***

a) ***e****kspresja CPS ≥ 1 – pembrolizumab w monoterapii w przypadku wolnej progresji oraz niewielkiego nasilenia dolegliwości i objawów związanych z nowotworem,*

b) *ekspresja CPS ≥ 1 – pembrolizumab w skojarzeniu z chemioterapią opartą na pochodnych platyny i 5-fluorouracylu (5-FU) w przypadku dynamicznej progresji lub nasilonych dolegliwości i objawów zależnych od nowotworu (możliwość uzyskania szybszej odpowiedzi indukowanej przez chemioterapię);*

**3.1.1. Kryteria kwalifikacji**

2.4.3. W przypadku wystąpienia udokumentowanych, istotnych i utrzymujących się objawów niepożądanych, które uniemożliwiają podawanie chemioterapii (cisplatyna/karboplatyna + 5FU lub cisplatyna/karboplatyna + docetaksel) możliwe jest zakończenie jej przed podaniem 6 (schemat EXTREME) lub 4 (schemat TPEx) cykli z jednoczesną kontynuacją podawania cetuksymabu.

**3. Pembrolizumab w leczeniu płaskonabłonkowego raka jamy ustnej, gardła lub krtani (ICD-10 C01, C02, C03, C04, C05, C06, C09, C10, C12, C13, C14, C32)**

**3.1. Pembrolizumab**

3.1.1. Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania (w tym okresowe wstrzymanie leczenia) prowadzone jest zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.

**4. Niwolumab w leczeniu płaskonabłonkowego raka jamy ustnej, gardła lub krtani postępującego podczas lub po zakończeniu terapii opartej na pochodnych platyny (ICD-10 C01, C02, C03, C04, C05, C06, C09, C10, C12, C13, C14, C32)**

**4.1. Niwolumab**

**3.3. Monitorowanie skuteczności leczenia**

1) badanie przedmiotowe;
2) badania laboratoryjne;
3) badanie obrazowe – obligatoryjne – umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według aktualnych kryteriów RECIST – TK lub inne, jeżeli wymaga tego stan kliniczny pacjenta.

Badania należy wykonywać co 12 tygodni lub częściej w zależności od sytuacji klinicznej.

**4. Niwolumab w leczeniu płaskonabłonkowego raka jamy ustnej, gardła lub krtani postępującego podczas lub po zakończeniu terapii opartej na pochodnych platyny (ICD-10 C01, C02, C03, C04, C05, C06, C09, C10, C12, C13, C14, C32)**

**4.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia niwolumabem**

1) badanie przedmiotowe;
2) ocena sprawności w skali ECOG;
3) pomiar masy ciała;
4) badania laboratoryjne:
   a) morfologia krwi,
   b) oznaczenie stężenia kreatyniny,
   c) oznaczanie stężenia glukozy,
   d) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej,
   e) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej i asparaginianowej,
   f) oznaczenie poziomu sodu, wapnia, potasu,
   g) oznaczenie poziomu TSH,
   h) test ciążowy u kobiet w wieku prokreacyjnym;

| | | |
|---|---|---|
| 1) histologicznie potwierdzony płaskonabłonkowy nowotwór jamy ustnej, ustnej lub krtaniowej części gardła lub krtani (z wykluczeniem raka typu nosogardłowego) z nawrotem miejscowym lub/i regionalnym po leczeniu loko regionalnym lub przerzutami odległymi;<br>2) brak możliwości ratującego leczenia chirurgicznego lub radioterapii;<br>3) niestosowanie wcześniejszego leczenia systemowego z wyłączeniem chemioterapii lub leczenia celowanego stosowanego łącznie z napromienianiem w ramach leczenia radykalnego;<br>4) sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji WHO lub ECOG;<br>5) wiek powyżej 18. roku życia;<br>6) wykluczenie współwystępowania chorób o istotnym klinicznie znaczeniu bez możliwości kontroli za pomocą właściwego leczenia;<br>7) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1., niedoczynności tarczycy w trakcie suplementacji hormonalnej, łuszczycy i bielactwa;<br>8) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią;<br>9) nieobecność przeciwwskazań:<br>a) w przypadku monoterapii: brak przeciwskazań do stosowania pembrolizumabu zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego,<br>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.<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. | 4.1.1. Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania (w tym okresowe wstrzymanie leczenia) prowadzone jest zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego. | 5) badanie obrazowe umożliwiające rozpoznanie nawrotu lub przerzutów PRGiSz: TK lub inne, jeżeli wymaga tego stan kliniczny pacjenta.<br><br>**4.2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia**<br>1) badanie podmiotowe i przedmiotowe;<br>2) morfologia krwi;<br>3) parametry biochemiczne surowicy: oznaczenie stężenia kreatyniny, glukozy, bilirubiny całkowitej, sodu, potasu, wapnia, aminotransferaz, TSH.<br>Badania należy wykonywać co 6 tygodni lub częściej w zależności od sytuacji klinicznej.<br><br>**4.3. Monitorowanie skuteczności leczenia**<br>1) badanie przedmiotowe;<br>2) Badanie laboratoryjne;<br>3) badanie obrazowe umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według aktualnych kryteriów RECIST: TK lub inne, jeżeli wymaga tego stan kliniczny pacjenta.<br>Badania należy wykonywać co 12 tygodni lub częściej w zależności od sytuacji klinicznej.<br><br>**5. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej chorego danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW |

| | | |
|---|---|---|
| **3.1.2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Czas leczenia w programie określa lekarz. Leczenie należy kontynuować tak długo, dopóki obserwuje się korzyści kliniczne a leczenie jest tolerowane przez pacjenta.<br><br>**3.1.3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>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;<br>2) nadwrażliwość na pembrolizumab;<br>3) wystąpienie klinicznie istotnej toksyczności leczenia w stopniu 3. lub 4. według kryteriów CTC (ang. Common Toxity Criteria) zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego;<br>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;<br>5) kobiety w ciąży lub karmiące piersią.<br><br>**4. Niwolumab w leczeniu płaskonabłonkowego raka jamy ustnej, gardła lub krtani postępującego podczas lub po zakończeniu terapii opartej na pochodnych platyny (ICD-10 C01, C02, C03, C04, C05, C06, C09, C10, C12, C13, C14, C32)**<br>***4.1. Leczenie niwolumabem dorosłych pacjentów z nawrotowym lub przerzutowym płaskonabłonkowym rakiem jamy ustnej, gardła lub krtani, który uległ progresji po lub w trakcie leczenia opartego na pochodnych platyny***<br>**4.1.1. Kryteria kwalifikacji** | | NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;<br>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ. |

| | | |
|---|---|---|
| 1) histologicznie potwierdzony płaskonabłonkowy nowotwór jamy ustnej, gardła lub krtani;<br>2) udokumentowane niepowodzenie wcześniejszej chemioterapii opartej na pochodnych platyny (w tym stosowaną w skojarzeniu z lekami anty-EGFR);<br>3) brak wcześniejszego leczenia lekami z grupy anty-PD-L/PD-L1;<br>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);<br>5) sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji WHO lub ECOG;<br>6) brak aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu I, niedoczynności tarczycy (leczonej wyłącznie suplementacją hormonalną), łuszczycy, bielactwa.<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>**4.2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Czas leczenia w programie określa lekarz. Leczenie należy kontynuować tak długo, dopóki obserwuje się korzyści kliniczne a leczenie jest tolerowane przez pacjenta.<br><br>**4.3. Kryteria czasowego zawieszenia leczenia niwolumabem**<br>Zgodnie z opisem w Charakterystyce Produktu Leczniczego.<br>Podawanie niwolumabu można wznowić w przypadku całkowitego ustąpienia działania niepożądanego lub zmniejszenia stopnia nasilenia do stopnia 1. | | |

| | | |
|---|---|---|
| **4.4. Kryteria wyłączenia z udziału w programie**<br>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;<br>2) nadwrażliwość na lek;<br>3) wystąpienie klinicznie istotnej toksyczności leczenia w stopniu 3 lub 4 według kryteriów CTC (ang. Common Toxity Criteria) zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego;<br>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;<br>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:**<br>***DVTd*** *– daratumumab w skojarzeniu z bortezomibem, talidomidem i deksametazonem;*<br>***PVd*** *– pomalidomid w skojarzeniu z bortezomibem i deksametazonem;*<br>***DVd*** *– daratumumab w skojarzeniu z bortezomibem i deksametazonem;*<br>***DRd*** *– daratumumab w skojarzeniu z lenalidomidem i deksametazonem;*<br>***Kd*** *– karfilzomib w skojarzeniu z deksametazonem;* | ***KRd*** *– karfilzomib w skojarzeniu z lenalidomidem i deksametazonem;*<br>***IRd*** *– iksazomib w skojarzeniu z lenalidomidem i deksametazonem;*<br>***Pd*** *– pomalidomid w skojarzeniu z deksametazonem;*<br>***EloPd*** *– elotuzumab w skojarzeniu z pomalidomidem i deksametazonem;*<br>***IsaPd*** *– izatuksymab w skojarzeniu z pomalidomidem i deksametazonem.* |

**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:<br>1) pacjentom z nieleczonym uprzednio szpiczakiem plazmocytowym w I linii leczenia: ***DVTd, DRd,***<br>2) pacjentom z opornym lub nawrotowym szpiczakiem plazmocytowym: ***PVd, DVd, DRd, Kd, KRd, IRd, Pd, EloPd, IsaPd.***<br>***Uwaga:*** *terapia indukująca, po której nastąpi przeszczepienie autologicznych komórek macierzystych i terapia konsolidująca/ podtrzymująca są traktowane jako jedna linia leczenia.*<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji** | **1. Dawkowanie leków**<br>**1.1. Dawkowanie w I linii leczenia w schemacie:**<br>**1.1.1. DVTd**<br>Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie).<br>Maksymalna liczba cykli: 6 (maksymalnie 4 cykle indukcyjne i maksymalnie 2 cykle konsolidujące)<br>Daratumumab i.v. w dawce 16 mg/kg mc. podawany dożylnie albo Daratumumab s.c. w dawce 1800 mg/podanie podawany podskórnie:<br>1) w leczeniu indukcyjnym: raz w tygodniu w tygodniach 1-8, co dwa tygodnie w tygodniach 9-16;<br>2) w leczeniu konsolidującym: co dwa tygodnie w tygodniach 1-8.<br>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**<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi;<br>3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);<br>4) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);<br>5) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;<br>6) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;<br>7) oznaczenie klirensu kreatyniny;<br>8) oznaczenie stężenia białka M w surowicy krwi lub w moczu;<br>9) niskodawkowa TK układu kostnego lub badanie RTG (w przypadku pacjentów z opornym lub nawrotowym |

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 szpiczaka plazmocytowego;
4) brak przeciwwskazań do stosowania leków (składowych wybranego schematu leczenia) zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego;
5) brak nadwrażliwości na którykolwiek lek lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku (będącego składową wybranego schematu leczenia);
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 odpowiednie, 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 I 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 I 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).

szpiczakiem plazmocytowym - badanie kośćca do decyzji lekarza);
10) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym) o czułości min. 25mIU/ml wykonany w dniu kwalifikacji i nie wcześniej niż 7 dni przed wydaniem leku;
11) dodatkowo w przypadku schematu *IRd*, zgodnie z kryteriami kwalifikacji do schematu *IRd* – badania potwierdzające obecność aberracji cytogenetycznych z grupy wysokiego ryzyka;
12) dodatkowo w przypadku schematu *DVTd*, *DVd*, *DRd*, *IsaPd* – pośredni test antyglobulinowy (pośredni test Coombs'a);
13) dodatkowo w przypadku schematu *DVTd*, *DVd*, *DRd* – badanie przesiewowe w kierunku HBV (HBsAg i HBcAb, a w razie konieczności HBV DNA);
14) 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 10) oraz za wyjątkiem badań z pkt 11, 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;

**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

3) dodatkowo w przypadku schematu *DVTd*, *DVd*, *DRd*, *IsaPd*:
   a) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi,
   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 klirensu kreatyniny;
4) dodatkowo w przypadku schematu *Kd*, *KRd*:
   a) oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi,
   b) elektrokardiografia (EKG).

**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 aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);
4) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;

**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:

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 (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),

| | | |
|---|---|---|
| 2) bezwzględna liczba neutrofili $\geq 1{,}0 \times 10^9$/l; liczba płytek krwi $\geq 50 \times 10^9$/l lub $\geq 30 \times 10^9$/l, w zależności od nacieczenia szpiku kostnego przez komórki plazmatyczne;<br>3) LVEF ≥40%;<br>4) brak niewydolności serca w stopniu III i IV wg klasyfikacji NYHA;<br>5) brak przebytego w ciągu ostatnich 4 miesięcy zawału mięśnia sercowego;<br>6) brak zdiagnozowanej niekontrolowanej choroby niedokrwiennej serca oraz brak niekontrolowanych farmakologicznie nieprawidłowych zmian przewodzenia impulsów w mięśniu sercowym.<br><br>**1.3.5. KRd**<br>1) stosowano uprzednio jedną, dwie albo trzy linie leczenia szpiczaka plazmocytowego;<br>2) bezwzględna liczba neutrofili $\geq 0{,}5 \times 10^9$/l; liczba płytek krwi $\geq 30 \times 10^9$/l (w przypadku małopłytkowości z liczbą płytek krwi $< 75 \times 10^9$/l decyzję o leczeniu należy podjąć na podstawie stopnia nacieczenia szpiku kostnego przez komórki plazmatyczne zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego dla *lenalidomidu*);<br>3) brak niewydolności serca w stopniu III i IV wg klasyfikacji NYHA;<br>4) brak przebytego w ciągu ostatnich 4 miesięcy zawału mięśnia sercowego;<br>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.<br><br>Dawkowanie *karfilzomibu* może być przerywane lub zmniejszane w przypadku wystąpienia toksyczności związanej z leczeniem.<br><br>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*.<br><br>**1.2.5. KRd**<br>Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie).<br>Karfilzomib podawany dożylnie w postaci infuzji trwającej 10 minut w dawce:<br>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:<br>2) 27 mg/m$^2$ pc. (maksymalna dawka wynosi 60 mg) w dniu 8., 9., 15. i 16. cyklu 1., a następnie:<br>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:<br>4) w dawce 27 mg/m$^2$ pc. (maksymalna dawka wynosi 60 mg) w dniach 1., 2., 15. i 16. w cyklach 13-18.<br><br>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 | e) choroba stabilna (SD),<br>f) brak odpowiedzi (NR),<br>g) progresja choroby (PD),<br>h) przeżycie bez progresji choroby (PFS),<br>i) przeżycie całkowite (OS);<br>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ. |

| | | |
|---|---|---|
| farmakologicznie nieprawidłowych zmian przewodzenia impulsów w mięśniu sercowym.<br><br>**1.3.6. IRd**<br>1) stosowano uprzednio co najmniej jedną linię leczenia szpiczaka plazmocytowego;<br>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);<br>3) brak oporności na leczenie *lenalidomidem*;<br>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.<br><br>**1.3.7. Pd**<br>1) stosowano uprzednio co najmniej dwie linie leczenia szpiczaka plazmocytowego, w tym zawierające *lenalidomid* i inhibitor proteasomu;<br>2) w trakcie ostatniego leczenia lub po jego zakończeniu nastąpiła progresja choroby;<br>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).<br><br>**1.3.8. EloPd**<br>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.<br>Lenalidomid: zalecana dawka początkowa: 25 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21 każdego cyklu.<br>U chorych z niewydolnością nerek dawka początkowa *lenalidomidu* powinna być zgodna z zaleceniami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego.<br>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.<br>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*.<br><br>**1.2.6. IRd**<br>Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie).<br>Iksazomib: zalecana dawka początkowa: 4 mg doustnie w dniach 1., 8. i 15. każdego cyklu.<br>Lenalidomid: zalecana dawka początkowa: 25 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21 każdego cyklu.<br>U chorych z niewydolnością nerek dawka początkowa *lenalidomidu* powinna być zgodna z zaleceniami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego.<br>Liczba dni podawania leku w cyklu leczniczym wynosi 21, niezależnie od ewentualnych przerw w podawaniu leku, a | |

| | | |
|---|---|---|
| 2) w trakcie ostatniego leczenia lub po jego zakończeniu nastąpiła progresja choroby;<br>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).<br><br>**1.3.9. IsaPd**<br>1) stosowano uprzednio co najmniej dwie linie leczenia szpiczaka plazmocytowego, w tym zawierające *lenalidomid* i inhibitor proteasomu;<br>2) w trakcie ostatniego leczenia lub po jego zakończeniu nastąpiła progresja choroby;<br>3) brak oporności na leczenie *pomalidomidem*;<br>4) bezpośrednio przed pierwszym podaniem *izatuksymabu* szacunkowy wskaźnik przesączania kłębuszkowego (eGFR) <60 ml/min/1,73 $m^2$ pow. ciała;<br>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).<br><br>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.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie** | maksymalna dawka *lenalidomidu* w jednym cyklu leczniczym nie może być wyższa niż 525 mg.<br>Deksametazon: zalecana dawka: 40 mg w dniach 1., 8., 15. i 22. każdego cyklu.<br><br>**1.2.7. Pd**<br>Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie).<br>Pomalidomid: zalecana dawka początkowa: 4 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21 każdego cyklu.<br>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.<br>Deksametazon: zalecana dawka: 40 mg (20 mg u chorych >75 lat) doustnie raz na dobę w dniach 1., 8., 15. i 22. każdego cyklu.<br><br>**1.2.8. EloPd**<br>Każdy cykl trwa 28dni (4 tygodnie).<br>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.<br>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.<br>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. | |

| | | |
|---|---|---|
| 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:<br>1) *DVTd* – leczenie trwa do maksymalnie 4 cykli (16 tygodni) w leczeniu indukcyjnym, oraz do maksymalnie 2 cykli (8 tygodni) w leczeniu konsolidującym;<br>2) *KRd* – leczenie *karfilzomibem* w skojarzeniu z *lenalidomidem* i *deksametazonem* trwa maksymalnie do 18 cykli, następnie kontynuowane jest leczenie *lenalidomidem* i *deksametazonem*.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) progresja choroby po więcej niż 2 cyklach leczenia;<br>2) brak co najmniej częściowej odpowiedzi po 6 cyklach leczenia – nie dotyczy stosowania terapii według schematu *DRd w I linii leczenia*;<br>3) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;<br>4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia;<br>5) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;<br>6) okres ciąży lub karmienia piersią;<br>7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo | <u>Deksametazon w dniach, w których podawany jest *elotuzumab*</u>:<br>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*,<br>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*.<br><br><u>*Deksametazon* w dniach, w których nie jest podawany *elotuzumab*</u>, a w których zaplanowane jest podanie dawki *deksametazonu*, tj. w dniach 8., 15. i 22. każdego cyklu od 3. cyklu:<br>1) u pacjentów w wieku ≤ 75 lat: w dawce 40 mg doustnie,<br>2) u pacjentów w wieku > 75 lat: w dawce 20 mg doustnie.<br><br>**1.2.9. IsaPd**<br>Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie).<br><u>Izatuksymab:</u> zalecana dawka: 10 mg/kg mc. podawana dożylnie w dniach 1., 8., 15. i 22. cyklu 1., a następnie w dniach 1. i 15. każdego kolejnego cyklu.<br><u>Pomalidomid:</u> zalecana dawka: 4 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21 każdego cyklu.<br>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. | |

| | | |
|---|---|---|
| leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego;<br>8) powikłania okołoinfuzyjne uniemożliwiające kontynuację leczenia zgodnie z odpowiednią, aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego – dotyczy schematów zawierających leki podawane dożylnie. | <u>Deksametazon:</u> 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.<br><br>**2. Modyfikacja dawkowania, dodatkowe informacje**<br>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.<br>Zaleca się profilaktykę żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej zgodnie z obowiązującymi rekomendacjami.<br>W przypadku leczenia *daratumumabem* lub inhibitorami proteasomu, przed rozpoczęciem terapii zaleca się profilaktykę przeciwwirusową zapobiegającą reaktywacji wirusa HSV/VZV.<br><br><u>Leki podawane w infuzji:</u><br>Przed i po infuzji należy podać leki zmniejszające ryzyko wystąpienia reakcji okołoinfuzyjnych zgodnie z odpowiednią, aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.<br>Zmiany szybkości infuzji powinny być prowadzone zgodnie z odpowiednią, aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego<br><br>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):<br>1) **infliksymab;**<br>2) **wedolizumab;**<br>3) **tofacytynib;**<br>4) **ustekinumab;**<br>5) **filgotynib;**<br>6) **ozanimod;**<br>7) **upadacytynib.**<br><br>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.<br>W ramach programu lekowego nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie. | **1. Dawkowanie**<br>Dawkowanie infliksymabu, wedolizumabu, tofacytynibu, ustekinumabu, filgotynibu, ozanimodu, upadacytynibu prowadzone jest zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego (ChPL).<br>**2. Modyfikacje dawkowania**<br>Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną CHPL. | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>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;<br>2) aminotransferaza alaninowa (AlAT);<br>3) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT);<br>4) bilirubina – w przypadku ozanimodu;<br>5) kreatynina;<br>6) białko C-reaktywne;<br>7) badanie ogólne moczu;<br>8) test Quantiferon;<br>9) antygen HBs oraz przeciwciała anty-HBcAg total;<br>10) przeciwciała anty HCV;<br>11) badanie w kierunku wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo);<br>12) stężenie elektrolitów w surowicy;<br>13) RTG klatki piersiowej (maksymalnie do 3 miesięcy przed kwalifikacją);<br>14) EKG z opisem (wymagane wyłącznie u dorosłych pacjentów); |

| | | |
|---|---|---|
| **1. Kryteria kwalifikacji do leczenia w programie**<br>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;<br>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):<br>a) hospitalizowani z powodu ciężkiego rzutu choroby z niedostateczną odpowiedzią na 3-5 dniowe dożylne leczenie kortykosteroidami lub przeciwwskazaniem do takiego leczenia<br>lub<br>b) z niedostateczną odpowiedzią na standardowe leczenie, w tym na leczenie kortykosteroidami i 6-merkaptopuryną (6-MP) lub azatiopryną (AZA)<br>lub<br>c) nietolerujący leczenia kortykosteroidami i 6-merkaptopuryną (6-MP) lub azatiopryną (AZA)<br>lub<br>d) mający przeciwwskazania do leczenia kortykosteroidami i 6-merkaptopuryną (6-MP) lub azatiopryną (AZA)<br>lub<br>e) z utratą odpowiedzi na standardowe leczenie, w tym na leczenie kortykosteroidami i 6-merkaptopuryną (6-MP) lub azatiopryną (AZA);<br>3) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; | | 15) badanie endoskopowe;<br>16) posiew kału w kierunku bakterii i grzybów;<br>17) badanie kału na toksynę *Clostridioides Difficile*;<br>18) lipidogram (całkowity cholesterol, HDL i LDL) oraz trójglicerydy przed rozpoczęciem leczenia tofacytynibem lub upadacytynibem lub filgotynibem;<br>19) kalprotektyna;<br>20) określenie początkowej wartości wskaźnika Mayo u dorosłych albo PUCAI u dzieci i młodzieży.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>**2.1. Monitorowanie leczenia infliksymabem**<br>W celu monitorowania leczenia świadczeniodawca jest zobowiązany wykonać nie rzadziej niż w 2, 6 i 14 tygodniu od podania pierwszej dawki leku następujące badania:<br>1) ocena stopnia aktywności choroby w 2 i 6 tygodniu od podania pierwszej dawki w częściowej skali Mayo lub skali PUCAI;<br>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;<br>3) morfologia krwi obwodowej;<br>4) CRP.<br>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.<br><br>**2.2. Monitorowanie leczenia wedolizumabem** |

| | | |
|---|---|---|
| 4) brak przeciwskazań do stosowania zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL);<br>5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;<br>6) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL (jeśli dotyczy).<br><u>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</u><br><br>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.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>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.<br>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.<br>1) infliksymab<br>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:<br>1) ocena stopnia aktywności choroby w 2 i 6 tygodniu w częściowej skali Mayo;<br>2) ocena efektywności terapii indukcyjnej w 14 tygodniu od podania pierwszej dawki na podstawie pełnej oceny w skali Mayo;<br>3) morfologia z krwi obwodowej z rozmazem;<br>4) CRP.<br>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.<br><br>**2.3. Monitorowanie leczenia tofacytynibem**<br>W celu monitorowania leczenia świadczeniodawca jest zobowiązany wykonać następujące badania:<br>1) ocena stopnia aktywności choroby w 2 i 4 tygodniu w częściowej skali Mayo;<br>2) ocena skuteczności terapii indukcyjnej w 8 tygodniu od podania pierwszej dawki na podstawie pełnej oceny w skali Mayo;<br>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;<br>2) wedolizumab<br>a) terapia indukcyjna: 6 tygodni (terapia indukcyjna w formie infuzji dożylnej),<br>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;<br>3) tofacytynib<br>a) terapia indukcyjna: 8 tygodni, z możliwością wydłużenia o dodatkowe 8 tygodni w przypadku niedostatecznej odpowiedzi na leczenie w trakcie pierwszych 8 tygodni leczenia,<br>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;<br>4) ustekinumab<br>a) terapia indukcyjna: 16-24 tygodni (dawka inicjująca w formie infuzji dożylnej, kolejne dawki w formie iniekcji podskórnej),<br>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.<br>W przypadku wykrycia hiperlipidemii dalsze postepowanie zgodnie z wytycznymi klinicznymi dotyczącymi hiperlipidemii.<br>Jeżeli terapia jest kontynuowana, powyższe badania laboratoryjne z wyłączeniem lipidogramu oraz ocenę Mayo bez endoskopii należy powtarzać po każdych kolejnych 12 tygodniach (± 2 tyg.).<br>**2.4. Monitorowanie leczenia ustekinumabem**<br>W celu monitorowania leczenia świadczeniodawca po zakończeniu leczenia indukcyjnego jest zobowiązany wykonać następujące badania:<br>1) ocena efektywności terapii indukcyjnej na podstawie pełnej oceny w skali Mayo;<br>2) morfologia z krwi obwodowej z rozmazem;<br>3) CRP.<br>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.<br>**2.5. Monitorowanie leczenia filgotynibem**<br>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;<br>5) filgotynib<br>a) terapia indukcyjna: 10 tygodni, z możliwością wydłużenia o dodatkowe 12 tygodni w przypadku niedostatecznej odpowiedzi na leczenie w trakcie pierwszych 10 tygodni leczenia,<br>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;<br>6) ozanimod<br>a) terapia indukcyjna: 10 tygodni,<br>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;<br>7) upadacytynib<br>a) terapia indukcyjna: 8 – 16 tygodni,<br>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.<br><br>**3. Zakończenie leczenia w programie** | | 1) ocena stopnia aktywności choroby w 2 i 4 tygodniu w częściowej skali Mayo;<br>2) ocena skuteczności terapii indukcyjnej w 10 tygodniu od podania pierwszej dawki na podstawie pełnej oceny w skali Mayo;<br>3) oznaczenie stężenia hemoglobiny, bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych (neutrofili) oraz limfocytów w 2 i 4 tygodniu (modyfikacja leczenia w przypadku leukopenii);<br>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.<br>W przypadku wykrycia hiperlipidemii dalsze postepowanie zgodnie z wytycznymi klinicznymi dotyczącymi hiperlipidemii.<br>Jeżeli terapia jest kontynuowana, powyższe badania laboratoryjne z wyłączeniem lipidogramu oraz ocenę Mayo bez endoskopii należy powtarzać po każdych kolejnych 12 tygodniach leczenia.<br><br>**2.6. Monitorowanie leczenia ozanimodem**<br>W celu monitorowania leczenia świadczeniodawca jest zobowiązany wykonać następujące badania:<br>1) ocena stopnia aktywności choroby w 5 tygodniu w częściowej skali Mayo;<br>2) ocena skuteczności terapii indukcyjnej w 10 tygodniu od podania pierwszej dawki na podstawie pełnej oceny w skali Mayo;<br>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;<br>2) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;<br>3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;<br>4) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL;<br>5) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu w opinii lekarza prowadzącego;<br>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);<br>4) stężenia aminotransferaz i stężenie bilirubiny w 1., 3., 6., 9. i 12. miesiącu leczenia.<br>Jeżeli terapia jest kontynuowana dłużej niż 12 miesięcy, powyższe badania laboratoryjne oraz ocenę Mayo bez endoskopii należy powtarzać nie rzadziej niż co 6 miesięcy.<br><br>**2.7. Monitorowanie leczenia upadacytynibem**<br>W celu monitorowania leczenia świadczeniodawca jest zobowiązany wykonać następujące badania:<br>1) ocena stopnia aktywności choroby w 2 i 4 tygodniu w częściowej skali Mayo;<br>2) ocena skuteczności terapii indukcyjnej w 8 tygodniu od podania pierwszej dawki na podstawie pełnej oceny w skali Mayo;<br>3) morfologię krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych i bezwzględnej liczby limfocytów w 2 i 4 tygodniu;<br>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.<br>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.).<br><br>**2.8. Optymalizacja leczenia**<br>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.<br>Ponadto można wykonać oznaczanie kalprotektyny w kale, jednak nie częściej niż cztery razy do roku w trakcie trwania leczenia.<br>Decyzję dotyczącą wykonania powyższych badań diagnostycznych i oznaczeń mających na celu optymalizację leczenia podejmuje świadczeniodawca.<br><br>**2.9. Monitorowanie skuteczności leczenia**<br>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.:<br>– 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;<br>– 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;<br>– brak odpowiedzi na leczenie rozumiany jako brak spełnienia kryteriów odpowiedzi na leczenie (powyżej) na koniec okresu leczenia indukcyjnego;<br>– 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;<br>– konieczność leczenia chirurgicznego oceniana co najmniej raz na 12 miesięcy +/- 4 tygodnie od początku leczenia;<br>– 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.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) 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 LEKU W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| W programie finansuje się tylko jedną linię hormonoterapii lekiem nowej generacji, jedną linię chemioterapii, jedną linię terapii inhibitorem PARP z wykorzystaniem substancji:<br>1) apalutamid;<br>2) darolutamid;<br>3) enzalutamid;<br>4) kabazytaksel;<br>5) olaparyb.<br>W leczeniu **wrażliwego na kastrację** raka gruczołu krokowego **z przerzutami** (mHSPC) stosowany jest **apalutamid.**<br>W leczeniu **opornego na kastrację** raka gruczołu krokowego **bez przerzutów** (nmCRPC) stosowany jest **apalutamid** albo **darolutamid** albo **enzalutamid.**<br>W leczeniu **opornego na kastrację** raka gruczołu krokowego **z przerzutami** (mCRPC) stosowany jest **enzalutamid** albo **kabazytaksel** albo **olaparyb.**<br><br>W programie istnieje jednorazowa możliwość leczenia niesteroidowymi antyandrogenami.<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br>Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych substancji czynnych. | **1. Dawkowanie**<br>U chorych, którzy nie byli uprzednio poddani orchidektomii należy utrzymać supresję androgenową z zastosowaniem agonistów lub antagonistów LHRH.<br>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.<br>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.<br>3) **enzalutamid:** zalecana dawka wynosi 160 mg (cztery kapsułki lub tabletki po 40 mg) w jednorazowej dawce dobowej. Lek można stosować z pokarmem lub bez pokarmu.<br>Leków hormonalnych nowej generacji nie należy stosować łącznie z docetakselem ani innymi antyandrogenami lub inhibitorami CYP17.<br>4) **olaparyb:** zalecana dawka wynosi 300 mg (dwie tabletki po 150 mg) dwa razy na dobę, co | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie raka gruczołu krokowego;<br>2) morfologia krwi z rozmazem;<br>3) oznaczenie stężenia PSA;<br>4) oznaczenie stężenia testosteronu;<br>5) oznaczenie stężenia kreatyniny (oraz wyliczenie klirensu kreatyniny);<br>6) oznaczenie stężenia bilirubiny;<br>7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;<br>8) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;<br>9) scyntygrafia kośćca;<br>10) obrazowanie (rentgenografia lub tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny w zależności od sytuacji klinicznej);<br>11) tomografia komputerowa jamy brzusznej i miednicy (w przypadku leczenia apalutamidem, darolutamidem, enzalutamidem chorych na nmCRPC); |

**1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji**

1) histologiczne rozpoznanie raka gruczołowego stercza;
2) wiek ≥ 18 lat;
3) stan sprawności:
   a) 0-1 według ECOG w przypadku leczenia apalutamidem (nmCRPC), darolutamidem, enzalutamidem (nmCRPC albo mCRPC przed podaniem docetakselu)

   albo

   b) 0-2 według ECOG w przypadku leczenia apalutamidem (mHSPC), enzalutamidem (mCRPC po podaniu docetakselu) kabazytakselem, 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 o małym obciążeniu przerzutami (z ang. low volume disease) apalutamidem**

1) stadium wrażliwości na kastrację;
2) udokumentowane przeciwskazania do zastosowania docetakselu;
3) brak cech radiologicznej lub biochemicznej progresji u chorych leczonych deprywacją androgenów przed włączeniem do programu;

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).

5) **kabazytaksel:** zalecana dawka wynosi 25 mg/m$^2$ pc., podawana w 1-godzinnej infuzji dożylnej co 3 tygodnie, w skojarzeniu z doustnym prednizonem lub prednizolonem w dawce 10 mg, podawanym codziennie podczas leczenia.

   Czas od zakończenia chemioterapii z udziałem docetakselu powinien wynosić co najmniej 4 tygodnie.

   Premedykacja:

   w celu zmniejszenia ryzyka wystąpienia i nasilenia reakcji nadwrażliwości, zalecany schemat premedykacji powinien być wykonany przynajmniej 30 minut przed każdym podaniem leku kabazytaksel poprzez dożylne podanie następujących produktów leczniczych:

   a) lek przeciwhistaminowy (5 mg dekschlorfenyraminy lub 25 mg difenhydraminy albo lek o równoważnej sile działania),

   b) kortykosteroid (8 mg deksametazonu albo lek o równoważnej sile działania) oraz antagonista receptora H2 (ranitydyna albo lek o równoważnej sile działania).

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 leczenia**

**2.1. Monitorowanie bezpieczeństwa**

1) morfologia krwi z rozmazem (w przypadku leczenia kabazytakselem, olaparybem);
2) oznaczenie stężenia bilirubiny (w przypadku leczenia kabazytakselem);
3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (w przypadku leczenia kabazytakselem);
4) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (w przypadku leczenia kabazytakselem);
5) oznaczenie stężenia kreatyniny i wyliczenie klirensu kreatyniny (w przypadku leczenia olaparybem);

Badania laboratoryjne wykonuje się:

– badania krwi regularnie co 2-3 miesiące, również przy braku wskazań klinicznych;

| | | |
|---|---|---|
| 4) występowanie ≥ 1 przerzutu do kości (jeśli jest ich ≥ 4 to zmiany muszą być ograniczone do kręgosłupa i miednicy) w badaniu scyntygraficznym;<br>5) nieobecność przerzutów w narządach miąższowych (dopuszczalne przerzuty w węzłach chłonnych);<br>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;<br>7) dopuszczalne jest wcześniejsze leczenie deprywacją androgenów (kastracja farmakologiczna lub chirurgiczna), ale nie dłużej niż 6 miesięcy na etapie choroby przerzutowej;<br>8) niestosowanie wcześniejszego leczenia octanem abirateronu;<br>9) niestosowanie leków antyresorpcyjnych wpływających na metabolizm kostny (nie dotyczy leków stosowanych w leczeniu osteoporozy);<br>10) brak napadów padaczkowych w wywiadzie lub innych czynników predysponujących do ich wystąpienia.<br><br>**1.2.2. Chorych na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego bez przerzutów apalutamidem albo darolutamidem albo enzalutamidem**<br>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;<br>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;<br>3) brak przerzutów odległych (cecha M0, dopuszczalne są jedynie przerzuty w węzłach chłonnych poniżej rozwidlenia aorty o ile w krótkim wymiarze mają mniej niż 2 cm – cecha N1) na podstawie scyntygrafii kości oraz tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego lub rentgenografii klatki | **2. Modyfikacja dawkowania leków**<br>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. | – przed podaniem każdej dawki leku w przypadku leczenia kabazytakselem;<br>– morfologia krwi z rozmazem, oznaczenie stężenia kreatyniny i wyliczenie klirensu kreatyniny nie rzadziej niż co 1 miesiąc (w przypadku leczenia olaparybem).<br><br>**2.2. Monitorowanie skuteczności**<br>1) oznaczenie stężenia PSA, nie rzadziej niż co 3 miesiące, a w przypadku wskazań klinicznych decyzją lekarza kolejne oznaczenia mogą być wykonywane częściej;<br>2) badania obrazowe (RTG/TK/MR) w zależności od badania wykonanego przy kwalifikacji, nie rzadziej niż co 6 miesięcy;<br>3) scyntygrafia nie rzadziej niż co 6 miesięcy;<br>4) inne badania w zależności od sytuacji klinicznej.<br>Badania oceniające odpowiedź powinny być wykonywane zawsze przy klinicznym podejrzeniu progresji.<br>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:<br>a) całkowita odpowiedź (CR),<br>b) częściowa odpowiedź (PR) albo nonCR/nonPD,<br>c) stabilizacja (SD) albo non/CR/nonPD, |

| | | |
|---|---|---|
| piersiowej;<br>4) wysokie ryzyko rozwoju przerzutów, zdefiniowane jako czas podwojenia stężenia PSA (PSA doubling time – PSA DT) ≤ 10 miesięcy;<br>5) niestosowanie wcześniejszego leczenia octanem abirateronu;<br>6) brak napadów padaczkowych w wywiadzie lub innych czynników predysponujących do ich wystąpienia (w przypadku leczenia apalutamidem albo enzalutamidem).<br><br>**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**<br>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;<br>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<br>lub<br>progresja zmian (układ kostny, narządy wewnętrzne, tkanki miękkie) w badaniach obrazowych;<br>3) niestosowanie wcześniejszego leczenia octanem abirateronu.<br><br>**1.2.4. Chorych na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami kabazytakselem (leczonych wcześniej docetakselem)**<br>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 | | d) progresja (PD),<br>e) całkowite przeżycie (OS) albo czas wolny od progresji (PFS).<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w pkt. 2.2 dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;<br>3) 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 pkt 2;<br>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<br>lub<br>progresja zmian (układ kostny, narządy wewnętrzne, tkanki miękkie) w badaniach obrazowych;<br>3) aktywność aminotransferazy asparaginowej (AspAT) nie większa niż 1,5-krotna wartość górnego zakresu normy, a w przypadku niespełnienia tego kryterium konieczne jest zmniejszenie dawki zgodnie z zapisami ChPL;<br>4) stężenie bilirubiny całkowitej w granicach normy, a w przypadku gdy stężenie bilirubiny przekracza wartość górnego zakresu normy, ale nie jest większe niż 3-krotna wartość górnego zakresu normy, konieczne jest zmniejszenie dawki zgodnie z zapisami ChPL; nie wolno stosować leku, gdy stężenie bilirubiny przekracza 3-krotną wartość górnego zakresu normy.<br><br>**1.2.5. Chorych na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami olaparybem**<br>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;<br>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<br>lub<br>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);<br>4) obecność patogennej lub prawdopodobnie patogennej mutacji (germinalnej lub somatycznej) w genie *BRCA1* lub *BRCA2*;<br>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.<br><br>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.<br><br>**2. Czas leczenia w programie**<br>W przypadku zastosowania apalutamidu albo darolutamidu albo enzalutamidu albo kabazytakselu albo olaparybu leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) progresja choroby w trakcie stosowania leku, definiowana według następujących kryteriów:<br>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<br>lub<br>b) progresji choroby ustalonej na podstawie aktualnej klasyfikacji RECIST (dla zmian w tkankach miękkich) lub PCWG (dla zmian w układzie kostnym);<br>2) utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności:<br>a) do stopnia 2-4 według ECOG w przypadku leczenia apalutamidem (nmCRPC), darolutamidem, enzalutamidem (nmCRPC albo mCRPC przed podaniem docetakselu)<br>albo<br>b) do stopnia 3-4 według ECOG w przypadku leczenia apalutamidem (mHSPC), enzalutamidem (mCRPC po podaniu docetakselu) kabazytakselem, olaparybem;<br>3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub substancje pomocnicze;<br>4) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii lekarza prowadzącego lub zgodnie z aktualnie obowiązującą ChPL;<br>5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają prowadzenie leczenia;<br>6) klinicznie istotne pogorszenie jakości życia w trakcie stosowania leku;<br>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:<br>1) *toxinum botulinum*,<br>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br>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.<br>Do leczenia z zastosowaniem toksyny botulinowej Botox kwalifikuje się pacjentów spełniających łącznie kryteria 1,2,4,7 lub 1,2,5,6,7.<br>Do leczenia z zastosowaniem toksyny botulinowej Xeomin kwalifikuje się pacjentów spełniających łącznie kryteria 1,2,4,7.<br>1) wiek od 18 roku życia;<br>2) pacjenci po przebytym niedokrwiennym lub krwotocznym udarze mózgu (ICD-10 I61, I63, I69), udokumentowanym wypisem ze szpitala;<br>3) pacjenci:<br>a) po przebytym urazie OUN (ICD-10 T90, T91) udokumentowanym wypisem ze szpitala; | **1. Dawkowanie**<br>Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną.<br>Maksymalne dawki na sesję:<br>1) Botox: kończyna górna i dolna 600 j. (tylko kończyna górna – 350 j., tylko kończyna dolna – 400 j.);<br>2) Dysport: kończyna górna i dolna 1500 j. (tylko kończyna górna – 1100 j., tylko kończyna dolna – 1500 j.);<br>3) Xeomin: tylko kończyna górna - 500 j.<br><br>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.<br>Zalecane podawanie pod kontrolą elektromiografii (EMG), stymulacji elektrycznej | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) badanie neurologiczne:<br>a) ocena spastyczności w zmodyfikowanej skali Ashwortha – MAS,<br>b) test oceniający stopień osłabienia siły mięśni kończyny górnej lub dolnej według skali Medical Research Council (MRC) (0–5 w poszczególnych grupach mięśniowych),<br>c) ocena stanu ruchowego z opisową oceną czynności możliwych do wykonania kończyną ze spastycznością;<br>2) u pacjentów przyjmujących leki antykoagulacyjne – acenokumarol lub warfarynę, wykonuje się badanie INR (dopuszczalna wartość INR $\leq$ 2,5).<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>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.<br>Podczas wizyt kontrolnych wykonuje się:<br>1) ocenę odpowiedzi na zastosowane leczenie mierzoną w zmodyfikowanej skali Ashwortha–MAS (poprawa o |

| | | |
|---|---|---|
| lub<br>b) z udokumentowanym rozpoznaniem stwardnienia rozsianego (ICD-10 G35);<br>lub<br>c) z udokumentowanym rozpoznaniem mózgowego porażenia dziecięcego (ICD-10 G80);<br>lub<br>d) z udokumentowanym rozpoznaniem paraplegii spastycznej (ICD10 G82, G83)<br>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;<br>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;<br>6) pacjent zdolny do przyjęcia pozycji stojącej;<br>7) brak przeciwskazań do leczenia wymienionych w Charakterystyce Produktu Leczniczego.<br>W zależności od decyzji lekarza, zaleca się rozpoczęcie indywidualnej kinezyterapii nie później niż 4 tygodnie po podaniu leku.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie należy kontynuować do momentu podjęcia przez lekarza decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br>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;<br>2) ocenę efektu podania leku według lekarza i według pacjenta przeprowadzaną za pomocą skali CGI–IS (Clinical Global Impression – Improvement Scale);<br>3) test oceniający stopień osłabienia siły mięśni kończyny górnej lub dolnej według skali Medical Research Council (MRC) (0–5 w poszczególnych grupach mięśniowych);<br>4) ocenę stanu ruchowego z opisową oceną czynności możliwych do wykonania kończyną ze spastycznością.<br>W dokumentacji medycznej pacjenta zamieszcza się informację o rodzaju i formie prowadzonej u pacjenta rehabilitacji, jeśli dotyczy.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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:<br>a) zmiana wyniku w zmodyfikowanej skali Ashwortha–MAS,<br>b) efekt podania leku według lekarza i według pacjenta monitorowany za pomocą skali CGI–IS (Clinical Global Impression – Improvement Scale),<br>c) wynik testu oceniającego stopień osłabienia siły mięśni kończyny górnej lub dolnej według skali Medical Research Council (MRC),<br>z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie |

| | | |
|---|---|---|
| **3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) brak odpowiedzi na leczenie w dwóch kolejnych sesjach podania leku<br>Odpowiedź na leczenie definiowana jest jako spadek napięcia mięśniowego o ≥ 1 punkt w zmodyfikowanej skali Ashwortha–MAS względem wartości wyjściowych;<br>2) utrwalony przykurcz kończyny górnej lub dolnej lub zanik mięśni w porażonej kończynie;<br>3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;<br>4) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia zgodnie z decyzją lekarza;<br>5) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia;<br>6) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;<br>7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony świadczeniobiorcy dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia;<br>8) ciąża lub karmienie piersią. | | leczenia;<br>3) 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:**<br>AEG - ang. *adenocarcinoma of the esophagogastric* junction, gruczolakorak połączenia żołądkowo-przełykowego<br>EAC - ang. *esophageal adenocarcinoma*, gruczolakorak przełyku<br>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:<br>1) ***pembrolizumab*;**<br>2) ***niwolumab*;**<br>3) ***ipilimumab*.**<br><br>Leczenie **uzupełniające raka przełyku lub połączenia żołądkowo-przełykowego** obejmuje:<br>1) leczenie adiuwantowe ***niwolumabem*** w **monoterapii** dorosłych pacjentów z rakiem przełyku (płaskonabłonkowym lub gruczołowym) lub połączenia żołądkowo-przełykowego, z | **1. Modyfikacja dawkowania**<br>Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL).<br>Dopuszczalne jest zmniejszenie zalecanej dawki zgodnie z aktualną ChPL odpowiedniego leku.<br><br>**2. Dawkowanie**<br>**2.1. *pembrolizumab***<br>Zalecana dawka ***pembrolizumabu*: 200 mg co 3 tygodnie** lub **400 mg co 6 tygodni**. | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) badanie histologiczne w celu potwierdzenia określonego typu raka przełyku lub połączenia przełykowo-żołądkowego zgodnie z kryteriami kwalifikowania chorych;<br>2) stwierdzenie choroby resztkowej ≥ ypT1 lub ≥ ypN1 po zabiegu chirurgicznym R0 – dotyczy leczenia uzupełniające *niwolumabem* w monoterapii;<br>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;<br>4) potwierdzenie zwalidowanym testem ekspresji PD-L1 wg CPS (combined positive score): |

| | | |
|---|---|---|
| chorobą resztkową, po wcześniejszej chemioradioterapii neoadiuwantowej.<br><br>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.<br><br>Leczenie **zaawansowanego płaskonabłonkowego raka przełyku (ESCC)** obejmuje:<br>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).<br><br>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).<br>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).<br><br>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.<br><br>**2.2. *niwolumab w monoterapii***<br><br>Zalecana dawka ***niwolumabu*** w ESCC: **240 mg co 2 tygodnie**.<br><br>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.**<br><br>**2.3. *niwolumab w skojarzeniu z chemioterapią***<br><br>Zalecana dawka ***niwolumabu*** w EAC**: 360 mg co 3 tygodnie** lub **240 mg co 2 tygodnie**.<br><br>Zalecana dawka ***niwolumabu*** w ESCC: **240 mg co 2 tygodnie** lub **480 mg co 4 tygodnie**<br><br>Dawkowanie **chemioterapii** opartej na *fluoropirymidynie* (*5FU*) i pochodnej *platyny* w leczeniu skojarzonym z *niwolumabem* prowadzone jest zgodnie z odpowiednimi ChPL oraz praktyką kliniczną.<br><br>W przypadku wystąpienia nieakceptowalnej toksyczności w wyniku stosowania chemioterapii możliwe jest odstawienie leczenia cytotoksycznego i kontynuowanie leczenia *niwolumabem.*<br><br>**2.4. *niwolumab w skojarzeniu z ipilimumabem*** | – ≥ 5 w przypadku leczenia EAC *niwolumabem* w skojarzeniu z chemioterapią,<br>– ≥ 10 w przypadku leczenia *pembrolizumabem* w skojarzeniu z chemioterapią;<br>5) potwierdzenie zwalidowanym testem ekspresji PD-L1 wg TPS (tumor proportion score) ≥ 1 % - dotyczy leczenia ESCC *niwolumabem* w skojarzeniu z chemioterapią albo *ipilimumabem*;<br>6) morfologia krwi z rozmazem;<br>7) oznaczenie stężenia kreatyniny;<br>8) oznaczanie stężenia glukozy;<br>9) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej;<br>10) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;<br>11) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;<br>12) oznaczenie poziomu sodu, potasu – dotyczy leczenia *niwolumabem*;<br>13) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej – dotyczy leczenia *pembrolizumabem*;<br>14) oznaczenie poziomu fT4 i TSH;<br>15) test ciążowy u kobiet w wieku prokreacyjnym;<br>16) elektrokardiografia (EKG) – dotyczy leczenia *niwolumabem*;<br>17) badanie obrazowe umożliwiające rozpoznanie nawrotu lub przerzutów (tomografia komputerowa klatki piersiowej i jamy brzusznej lub inne badanie w zależności od sytuacji klinicznej);<br>18) inne badania laboratoryjne i obrazowe w razie wskazań klinicznych.<br><br>**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).<br>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).<br>Do leczenia kwalifikowani są pacjenci, u których stwierdzono niepowodzenie chemioterapii zastosowanej w pierwszej linii leczenia, opartej na pochodnej *platyny* i *fluoropirymidynie*:<br>a) progresja nowotworu lub nieakceptowalna toksyczność podczas w/w chemioterapii prowadząca do przerwania leczenia<br>lub<br>b) progresja nowotworu po zakończeniu w/w chemioterapii.<br>Stosowanie wcześniejszej immunoterapii wyklucza ponowne jej wykorzystanie.<br><br>Leczenie **zaawansowanego gruczolakoraka przełyku (EAC) lub połączenia żołądkowo-przełykowego (AEG)** obejmuje:<br>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**.<br>Zalecana dawka ***ipilimumabu***: **1 mg/kg mc. co 6 tygodni**.<br>W przypadku wystąpienia nieakceptowalnej toksyczności w wyniku stosowania *ipilimumabu* możliwe jest odstawienie *ipilimumabu* i kontynuowanie leczenia *niwolumabem* w monoterapii. | 1) morfologia krwi;<br>2) oznaczenie stężenia kreatyniny;<br>3) oznaczenie stężenia glukozy – dotyczy leczenia *niwolumabem*;<br>4) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej,<br>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;<br>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;<br>7) oznaczenie stężenia sodu i potasu – dotyczy leczenia *niwolumabem*;<br>8) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej – dotyczy leczenia *pembrolizumabem*;<br>9) oznaczenie wolnej T4 i TSH;<br>10) EKG – dotyczy leczenia *niwolumabem*.<br>Badania wykonuje się:<br>– 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*,<br>– nie rzadziej niż co 8 tyg. w zależności od sytuacji klinicznej w przypadku leczenia *niwolumabem* w monoterapii (leczenie uzupełniające i leczenie ESCC),<br>– przed każdym podaniem *ipilimumabu*,<br>– u chorych poddawanych chemioterapii skojarzonej z *niwolumabem*, badania umożliwiające podanie kolejnego kursu wykonuje się zgodnie z praktyka kliniczną,<br>– 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).<br>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).<br>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).<br><br>W ramach niniejszego programu lekowego istnieje możliwość jednorazowego zastosowania immunoterapii u danego pacjenta z wykorzystaniem *niwolumabu* albo *pembrolizumabu*.<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) wiek 18 lat i powyżej; | | – nie rzadziej niż 6 tygodni należy wykonać badanie wymienione w ppkt 9) w przypadku leczenia *pembrolizumabem*.<br><br>**3. Monitorowanie skuteczności leczenia**<br>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.<br>Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej do wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia.<br>Badania należy wykonywać co 12 tygodni lub częściej w zależności od sytuacji klinicznej.<br>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:<br>– całkowita (CR) lub częściowa odpowiedź (PR) na leczenie,<br>– stabilizacja (SD) lub progresja choroby (PD),<br>– całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS).<br><br>**4. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym przekazywanie |

| | | |
|---|---|---|
| 2) histologicznie potwierdzony:<br>– 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,<br>– rak płaskonabłonkowy przełyku w stadium przerzutowym lub nieoperacyjnym o zaawansowaniu lokoregionalnym – dotyczy leczenia ESCC *niwolumabem* w monoterapii lub w skojarzeniu z chemioterapią albo *ipilimumabem*,<br>– 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,<br>– gruczolakorak przełyku nieoperacyjny miejscowo zaawansowany lub przerzutowy – dotyczy leczenia EAC *niwolumabem* w skojarzeniu z chemioterapią;<br>3) udokumentowana i potwierdzona zwalidowanym testem ekspresja PD-L1 w tkance nowotworowej wg skali CPS (combined positive score):<br>– ≥ 5 w przypadku leczenia EAC *niwolumabem* w skojarzeniu z chemioterapią,<br>– ≥ 10 w przypadku leczenia *pembrolizumabem* w skojarzeniu z chemioterapią;<br>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;<br>3) 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*;<br>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*;<br>6) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według aktualnej klasyfikacji RECIST;<br>7) sprawność w stopniu 0-1 według skali ECOG;<br>8) brak leczenia kortykosteroidami w dawce większej niż ekwiwalent 10 mg prednizonu dziennie w ciągu ostatniego miesiąca;<br>9) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;<br>10) brak przeciwwskazań do stosowania każdego z leków zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL);<br>11) nieobecność objawowych przerzutów do OUN;<br>12) nieobecność aktywnej choroby autoimmunologicznej wymagającej aktywnego leczenia immunosupresyjnego;<br>13) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualne ChPL;<br>14) nieobecność innych nowotworów niekontrolowanych leczeniem;<br>15) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL; | | |

| | | |
|---|---|---|
| 16) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią.<br>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>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.<br><br>**2. Czas leczenia w programie**<br>Leczenie *niwolumabem* lub *pembrolizumabem* trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu.<br>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.<br>W przypadku leczenia uzupełniającego (adiuwantowego) *niwolumabem* w monoterapii leczenie trwa maksymalnie 12 miesięcy.<br>Maksymalny okres opóźnienia podania kolejnego kursu leczenia może wynosić:<br>– 12 tygodni w przypadku leczenia *niwolumabem* w skojarzeniu z chemioterapią albo *ipilimumabem*,<br>– 8 tygodni w przypadku leczenia uzupełniającego *niwolumabem* w monoterapii,<br>– 6 tygodni w przypadku leczenia *pembrolizumabem*.<br><br>**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;<br>2) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;<br>3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;<br>4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;<br>5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;<br>6) pogorszenie stanu sprawności do stopnia 2-4 według skali ECOG;<br>7) okres ciąży lub karmienia piersią;<br>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:<br>1) ***niwolumab***;<br>2) ***ramucyrumab***;<br>3) ***triflurydyna z typiracylem.*** | **1. Modyfikacja dawkowania**<br>Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL). | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>**1.1. Badania ogólne**<br>1) badanie histologiczne w celu potwierdzenia gruczolakoraka żołądka lub połączenia przełykowo-żołądkowego;<br>2) morfologia krwi z rozmazem; |

| | | |
|---|---|---|
| Leczenie **zaawansowanego gruczolakoraka raka żołądka lub połączenia żołądkowo-przełykowego** obejmuje:<br>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).<br>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).<br>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).<br>Do leczenia *ramucyrumabem* kwalifikowani są pacjenci z udokumentowaną obiektywną radiologiczną lub kliniczną progresja choroby po wcześniejszej chemioterapii pochodnymi *platyny* i *fluoropirymidyną*.<br>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.<br><br>**2. Dawkowanie**<br>**2.1. *niwolumab***<br>Zalecana dawka *niwolumabu*: **360 mg co 3 tygodnie** lub **240 mg co 2 tygodnie.**<br>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.<br>W przypadku wystąpienia nieakceptowalnej toksyczności w wyniku stosowania chemioterapii możliwe jest odstawienie leczenia cytotoksycznego i kontynuowanie leczenia *niwolumabem*.<br><br>**2.2. *ramucyrumab***<br>Dawka *ramucyrumabu*: **8 mg/kg**, podawana przed *paklitakselem* **w 1. i 15. dniu cyklu trwającego 28 dni.**<br>Dawka *paklitakselu*: **80 mg/m2**, podawana we wlewie dożylnym **w 1., 8. i 15. dniu cyklu trwającego 28 dni.**<br>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;<br>4) oznaczenie stężenia bilirubiny;<br>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;<br>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;<br>7) test ciążowy u kobiet w wieku prokreacyjnym;<br>8) RTG lub tomografia komputerowa klatki piersiowej – wybór rodzaju badania w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian i wskazań klinicznych;<br>9) tomografia komputerowa jamy brzusznej i miednicy;<br>10) elektrokardiografia (EKG);<br>11) inne badania laboratoryjne i obrazowe w razie wskazań klinicznych.<br>**1.2.** Badania wykonywane dodatkowo w przypadku leczenia ***niwolumabem*:**<br>1) badanie immunohistochemiczne lub hybrydyzacji in situ oceniające ekspresję HER2;<br>2) potwierdzenie zwalidowanym testem ekspresji PD-L1 wg skali CPS (combined positive score) ≥ 5;<br>3) oznaczenie stężenia glukozy;<br>4) oznaczenie poziomu sodu, potasu;<br>5) oznaczenie poziomu fT4 i TSH.<br>**1.3.** Badania wykonywane dodatkowo w przypadku leczenia ***ramucyrumabem*:**<br>1) oznaczenie czasu protrombinowego lub INR;<br>2) oznaczenie czasu częściowej tromboplastyny po aktywacji (aPTT);<br>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);<br>10) nieobecność objawowych przerzutów do OUN – dotyczy leczenia *niwolumabem* lub *triflurydyną* z *typiracylem*;<br>11) nieobecność przerzutów do OUN – dotyczy leczenia *ramucyrumabem*;<br>12) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualne ChPL;<br>13) nieobecność aktywnej choroby autoimmunologicznej wymagającej aktywnego leczenia immunosupresyjnego – dotyczy leczenia *niwolumabem*;<br>14) nieobecność innych nowotworów niekontrolowanych leczeniem;<br>15) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL;<br>16) wykluczenie ciąży oraz okresu karmienia piersią.<br>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>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.<br><br>**2. Czas leczenia**<br>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*,<br>– u chorych poddawanych chemioterapii skojarzonej z *niwolumabem* badania umożliwiające podanie kolejnego kursu wykonuje się zgodnie z praktyka kliniczną,<br>– dodatkowo przed podaniem każdej dawki *paklitakselu* badania w ppkt. 1), 3), 4) i 5),<br>– dodatkowo każdorazowo należy wykonać pomiar ciśnienia tętniczego w przypadku leczenia *ramucyrumabem*.<br><br>**3. Monitorowanie skuteczności leczenia**<br>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.<br>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.<br>Badania wykonuje się:<br>– nie rzadziej niż co 12 tygodni w przypadku leczenia *niwolumabem*,<br>– nie rzadziej niż co 8 tygodni (lub przed zakończeniem co drugiego kursu jeśli leczenie było czasowo przerwane) w przypadku leczenia *ramucyrumabem*,<br>– 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.<br>Maksymalny okres opóźnienia podania kolejnego kursu leczenia może wynosić:<br>– 12 tygodni w przypadku leczenia *niwolumabem*;<br>– 8 tygodni w przypadku leczenia *ramucyrumabem* lub *triflurydyną* z *typiracylem*.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia**<br>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);<br>2) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;<br>3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;<br>4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;<br>5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;<br>6) pogorszenie stanu sprawności do stopnia 2-4 według skali ECOG;<br>7) okres ciąży lub karmienia piersią;<br>8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych | | leczenia) w przypadku leczenia *triflurydyną* z *typiracylem*.<br>Ponadto, niezależnie od stosowanej terapii badania monitorujące skuteczność leczenia można wykonać zawsze w przypadku wskazań klinicznych.<br>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:<br>– całkowita (CR) lub częściowa odpowiedź (PR) na leczenie,<br>– stabilizacja (SD) lub progresja choroby (PD),<br>– całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS).<br><br>**Monitorowanie bezpieczeństwa i skuteczności leczenia pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy 4. pkt. 1., powinno być prowadzone jednakowo jak w przypadku pozostałych pacjentów.**<br><br>**4. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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.<br><br>**4. Kontynuacja leczenia pacjentów po zakończeniu finansowania w ramach chemioterapii niestandardowej**<br>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;<br>2) kwalifikacja, o której mowa w pkt. 1, dotyczy leczenia tą samą substancją czynną, która była finansowana w ramach programu chemioterapii niestandardowej;<br>3) pacjenci, o których mowa w pkt. 1 nie muszą spełniać w chwili kwalifikacji, innych kryteriów wymaganych do włączenia do programu;<br>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;<br>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:<br>*1) niwolumab;*<br>*2) pembrolizumab;*<br>*3) niwolumab w skojarzeniu z ipilimumabem;*<br>*4) wemurafenib w skojarzeniu z kobimetynibem;*<br>*5) enkorafenib w skojarzeniu z binimetynibem;*<br>*6) dabrafenib w skojarzeniu z trametynibem;*<br>*7) niwolumab w skojarzeniu z relatlimabem.*<br><br>W leczeniu uzupełniającym finansuje się substancje:<br>*1) niwolumab;*<br>*2) pembrolizumab;*<br>*3) dabrafenib w skojarzeniu z trametynibem.*<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br>Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych terapii.<br><br>**1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji** | **1. Dawkowanie**<br>Szczegóły sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną.<br><br>**1.1. Dawkowanie niwolumabu lub pembrolizumabu lub niwolumabu w skojarzeniu z ipilimumabem lub niwolumabu w skojarzeniu z relatlimabem**<br>Terapie te nie mogą być stosowane łącznie z:<br>1) innym przeciwciałem monoklonalnym (nie dotyczy skojarzenia niwolumabu z ipilimumabem i skojarzenia niwolumabu z relatlimabem);<br>2) inhibitorem kinazy BRAF;<br>3) inhibitorem kinazy MEK.<br><br>**1.1.1.** Zalecane dawki dla terapii niwolumabem:<br>1) 240 mg co 2 tygodnie lub<br>2) 480 mg co 4 tygodnie. | **1. Badania przy kwalifikacji do programu**<br>1) badanie histologiczne potwierdzające obecność czerniaka;<br>2) ocena obecności mutacji BRAF V600 – dla terapii skojarzonej dabrafenibem z trametynibem lub wemurafenibem z kobimetynibem lub enkorafenibem z binimetynibem;<br>3) ocena ekspresji PDL1 w komórkach nowotworu – dla terapii skojarzonej niwolumabem z relatlimabem;<br>4) morfologia krwi z rozmazem;<br>5) oznaczenie stężenia glukozy we krwi;<br>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej we krwi;<br>7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej we krwi;<br>8) oznaczenie stężenia bilirubiny związanej i całkowitej we krwi;<br>9) oznaczenie stężenia amylazy we krwi – dla terapii skojarzonej wemurafenibem z kobimetynibem oraz enkorafenibem z binimetynibem;<br>10) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;<br>11) oznaczenie stężenia mocznika we krwi; |

| | | |
|---|---|---|
| 1) wiek 18 lat i powyżej (dla terapii niwolumabem w skojarzeniu z relatlimabem wiek 12 lat i powyżej);<br>2) histopatologiczne potwierdzenie czerniaka skóry lub błon śluzowych:<br>a) w stadium zaawansowania III (nieoperacyjny) lub IV – dla terapii niwolumabem lub pembrolizumabem lub niwolumabem w skojarzeniu z ipilimumabem lub niwolumabem z relatlimabem lub wemurafenibem z kobimetynibem lub dabrafenibem z trametynibem lub enkorafenibem z binimetynibem,<br>b) po całkowitym wycięciu w stopniu zaawansowania III (dla terapii uzupełniającej niwolumabem lub pembrolizumabem lub dabrafenibem z trametynibem) lub z przerzutami odległymi (tylko dla terapii uzupełniającej niwolumabem);<br>3) stan sprawności 0-1 według skali ECOG;<br>4) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według aktualnej klasyfikacji RECIST – nie dotyczy leczenia uzupełniającego;<br>5) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;<br>6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii, stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualne ChPL;<br>7) nieobecność aktywnych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze | **1.1.2.** Zalecane dawki dla terapii niwolumabem w skojarzeniu z ipilimumabem:<br>Niwolumab w dawce 1 mg/kg m.c. oraz ipilimumab w dawce 3 mg/kg m.c., co 3 tygodnie dla czterech pierwszych dawek.<br><br>**1.1.3.** Zalecane dawki dla terapii pembrolizumabem:<br>1) 200 mg co 3 tygodnie lub<br>2) 400 mg co 6 tygodni.<br><br>**1.1.4.** Zalecane dawki dla terapii niwolumabem w skojarzeniu z relatlimabem:<br>Niwolumab w dawce 480 mg i relatlimab w dawce 160 mg co 4 tygodnie.<br><br>Dopuszcza się możliwość zawieszenia terapii niwolumabem lub pembrolizumabem po okresie minimum 6 miesięcy trwania terapii u chorych, u których uzyskano korzyść kliniczną (stabilizacja choroby, częściowa lub całkowita odpowiedź wg RECIST) pod następującymi warunkami:<br>1) potwierdzenie korzyści klinicznej w kolejnym badaniu obrazowym wykonanym po co najmniej 4 tygodniach;<br>2) konsolidacja uzyskanej korzyści klinicznej 2 kolejnymi podaniami leku;<br>3) obopólna, udokumentowana decyzja i zgoda zarówno lekarza jak i pacjenta na zawieszenie terapii.<br>W przypadku wystąpienia progresji istnieje możliwość powrotu do tego leczenia, o ile pacjent nie spełnia kryteriów wyłączenia z programu oraz nie zachodzą inne | 12) oznaczenie stężenia dehydrogenazy mleczanowej (LDH) we krwi;<br>13) oznaczenie stężenia elektrolitów we krwi (w tym sodu, potasu, wapnia i magnezu);<br>14) oznaczenie poziomu TSH i fT4 we krwi – dla terapii niwolumabem, pembrolizumabem, terapii skojarzonej niwolumabem z ipilimumabem i terapii skojarzonej niwolumabem z relatlimabem;<br>15) ogólne badanie moczu;<br>16) pełne badanie przedmiotowe wraz z oceną całej skóry;<br>17) pomiar masy ciała;<br>18) ocena sprawności w skali ECOG;<br>19) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym);<br>20) elektrokardiogram (EKG);<br>21) badania obrazowe w celu oceny zmian nowotworowych;<br>22) badanie tomografii komputerowej lub rezonans magnetyczny mózgu; badanie tomografii komputerowej klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy, scyntygrafia w celu udokumentowania zmian przerzutowych;<br>23) inne badania laboratoryjne i obrazowe w razie wskazań klinicznych.<br><br>Dodatkowo dla terapii skojarzonej wemurafenibem z kobimetynibem lub dabrafenibem z trametynibem lub enkorafenibem z binimetynibem:<br>1) ocena frakcji wyrzutowej lewej komory serca (LVEF); |

wycięcie przerzutów lub stereotaktyczna radioterapia, o ile po leczeniu utrzymuje się stan bezobjawowy);

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);

2) brak wcześniejszego leczenia farmakologicznego czerniaka skóry – za farmakologiczne leczenie systemowe nie uznaje się uzupełniającego leczenia pooperacyjnego;

3) potwierdzenie ekspresji PDL1 < 1% w 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.

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.

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;

10) oznaczenie stężenia amylazy we krwi – dla terapii skojarzonej wemurafenibem z kobimetynibem oraz enkorafenibem z binimetynibem;

11) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;

**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 – czas od resekcji maksymalnie 16 tygodni;
2) potwierdzenie zajęcia węzłów chłonnych (dla terapii niwolumabem lub pembrolizumabem) lub przerzutów odległych (dla terapii niwolumabem);
3) brak wcześniejszego leczenia farmakologicznego z powodu czerniaka skóry – za farmakologiczne leczenie systemowe nie uznaje się uzupełniającego leczenia pooperacyjnego;
4) 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

**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.

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;
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.

Badania laboratoryjne wykonuje się:

1) dla niwolumabu lub pembrolizumabu lub terapii skojarzonej niwolumabu z ipilimumabem lub niwolumabu z relatlinibem: 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.

| | | |
|---|---|---|
| kryteria kwalifikacji do programu lekowego, przy czym dla leczenia uzupełniającego łączny czas terapii od rozpoczęcia nie jest dłuższy niż wskazano w punkcie 2.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia, z zastrzeżeniem, iż w przypadku terapii:<br>1) uzupełniającej niwolumabem lub pembrolizumabem lub dabrafenibem z trametynibem trwa ona maksymalnie 12 miesięcy.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) progresja choroby oceniona zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST– nie dotyczy leczenia uzupełniającego;<br>2) utrzymujące się istotne pogorszenie stanu sprawności ogólnej lub jakości życia uniemożliwiające kontynuację leczenia;<br>3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;<br>4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;<br>5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;<br>6) okres ciąży lub karmienia piersią; | | Elektrokardiogram wykonuje się po miesiącu od rozpoczęcia leczenia, a następnie nie rzadziej niż co 3 miesiące, po zmianie dawkowania.<br><br>W przypadku wskazań klinicznych badania monitorujące bezpieczeństwo mogą być wykonywane częściej.<br><br>**2.2. Monitorowanie skuteczności leczenia**<br>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.<br>Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej do wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia.<br><br>Badania wykonuje się:<br>1) dla terapii skojarzonej wemurafenibem z kobimetynibem lub dabrafenibem z trametynibem lub enkorafenibem z binimetynibem: co 14 – 18 tygodni;<br>2) u chorych ze stwierdzonymi wyjściowo przerzutami do OUN: co 8 – 14 tygodni;<br>3) dla terapii niwolumabem lub pembrolizumabem: po 12 tygodniach, a następnie co 3 – 4 miesiące lub przy klinicznym podejrzeniu progresji;<br>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. |

| | | |
|---|---|---|
| 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. | | 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.<br><br>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.<br><br>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:<br>- całkowitą (CR) lub częściową odpowiedź (PR) na leczenie;<br>- stabilizację (SD) lub progresję choroby (PD);<br>- całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS).<br><br>**2.3. Kontrola podczas obserwacji chorych, u których leczenie niwolumabem lub pembrolizumabem zostało czasowo zawieszone**<br>1) ocena miejscowa węzłów chłonnych regionalnych;<br>2) dermatoskopia nowych zmian skórnych;<br>3) zachęcanie pacjenta do samokontroli okolicy operowanej i regionu spływu chłonnego;<br>4) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej we krwi;<br>5) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej lub asparaginianowej we krwi; |

| | | |
|---|---|---|
| | | 6) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;<br>7) oznaczenie stężenia glukozy we krwi;<br>8) oznaczenie stężenia dehydrogenazy mleczanowej (LDH) we krwi;<br>9) oznaczenie stężenia elektrolitów (w tym sodu, potasu, wapnia, magnezu) we krwi;<br>10) oznaczenie poziomu TSH i fT4 we krwi;<br>11) badania obrazowe w zależności od pierwotnej lokalizacji przerzutów (TK, MR, RTG klatki piersiowej) oraz według wskazań klinicznych;<br>12) scyntygrafia kości w razie wskazań klinicznych (ale nie częściej niż co 6 miesięcy).<br><br>Kontrolę pacjenta przeprowadza się:<br>1) w okresie do 3 lat od zawieszenia: co 3 – 4 miesiące;<br>2) w okresie kolejnych 3 lat: co 6 – 8 miesięcy;<br>3) w okresie po 6 latach od zawieszenia: raz w roku, do końca życia, ale tylko badania wymienione w punktach od 1 do 10.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) 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.<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br>**1.1. do leczenia systemowego cystynozy nefropatycznej cysteaminą w postaci doustnej**<br>1) stężenie hemicystyny (cystyny) w leukocytach krwi obwodowej > 1 nmol/mg białka komórkowego;<br>2) aktualnie lub w wywiadzie cechy nefropatii (zespół Fanconiego lub białkomocz).<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>**1.2. do leczenia miejscowego cystynozy nefropatycznej z towarzyszącym odkładaniem się kryształków cystyny w rogówce oka cysteaminą w postaci roztworu kropli do oczu**<br>1) aktualnie lub w wywiadzie stężenie hemicystyny (cystyny) w leukocytach krwi obwodowej > 1 nmol/mg białka komórkowego; | **1. Dawkowanie cysteaminy w postaci doustnej**<br>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.<br><br>**2. Dawkowanie cysteaminy w postaci roztworu kropli do oczu**<br>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**<br>1) stężenie hemicystyny (cystyny) w leukocytach krwi obwodowej;<br>2) morfologia krwi z rozmazem;<br>3) stężenie kreatyniny, glukozy, cholesterolu, sodu, potasu, chloru, wapnia, fosforu, kwasu moczowego, białka całkowitego, albumin, transaminaz (ASPAT, ALAT) w surowicy krwi na czczo;<br>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);<br>5) gazometria krwi żylnej;<br>6) badanie ogólne moczu;<br>7) stężenie TSH, fT4;<br>8) ocena parametrów rozwojowych: wysokość, masa ciała, powierzchnia ciała;<br>9) USG jamy brzusznej;<br>10) konsultacja nefrologiczna z oceną eGFR;<br>11) konsultacja neurologiczna;<br>12) konsultacja endokrynologiczna; |

| | | |
|---|---|---|
| 2) aktualnie lub w wywiadzie cechy nefropatii (zespół Fanconiego lub białkomocz);<br>3) zidentyfikowanie kryształków cystyny w badaniu przedniego odcinka oka w lampie szczelinowej lub mikroskopem konfokalnym;<br>4) wiek ≥2 lat.<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br>Leczenie miejscowe cysteaminą w postaci roztworu kropli do oczu może być stosowane jednocześnie z leczeniem systemowym cysteaminą w postaci doustnej.<br>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.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>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.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia**<br>1) wystąpienie nadwrażliwości na cysteaminę lub substancje pomocnicze;<br>2) wystąpienie objawów nietolerancji na cysteaminę, uniemożliwiające dalsze leczenie;<br>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.;<br>14) konsultacja okulistyczna (badanie przedniego odcinka oka w lampie szczelinowej lub mikroskopem konfokalnym);<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>**2.1. Raz na 90 dni:**<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) stężenie kreatyniny, glukozy, cholesterolu, sodu, potasu, chloru, wapnia, fosforu w surowicy krwi na czczo;<br>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);<br>4) gazometria krwi żylnej;<br>5) badanie ogólne moczu;<br>6) ocena parametrów rozwojowych: wysokość, masa ciała, powierzchnia ciała;<br>7) konsultacja nefrologiczna z oceną eGFR.<br><br>**2.2. Raz na 180 dni:**<br>1) stężenie TSH, fT4;<br>2) konsultacja okulistyczna (badanie przedniego odcinka oka w lampie szczelinowej lub mikroskopem konfokalnym);<br>3) stężenie hemicystyny (cystyny) w leukocytach krwi obwodowej.<br><br>**2.3. Raz na 365 dni:**<br>1) USG jamy brzusznej;<br>2) konsultacja neurologiczna; |

| | | |
|---|---|---|
| 4) karmienie piersią;<br>5) ciąża;<br>6) rezygnacja pacjenta lub jego opiekunów prawnych;<br>7) znaczna progresja choroby, pojawiająca się pomimo zastosowanego leczenia. | | 3) konsultacja endokrynologiczna;<br>4) konsultacja psychologiczna;<br>5) konsultacja gastrologiczna;<br>6) konsultacja pulmonologiczna z badaniem spirometrycznym u pacjentów > 10 r.ż.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) 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**<br>1) rozpoznanie pierwotnego niedoboru odporności wymagającego (zgodnie z obowiązującymi kryteriami) terapii substytucyjnej z wykorzystaniem preparatów immunoglobulin (Ig), potwierdzone przez lekarza specjalistę immunologii klinicznej;<br>2) wykluczenie innych przyczyn zaburzeń odporności;<br>3) stężenie IgG poniżej dolnej granicy normy dla wieku (z wyjątkiem D80.3 i D80.6);<br>4) wiek ≥ 18 lat.<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>**2. Kryteria włączenia do programu pacjentów leczonych uprzednio w ramach programu lekowego lub w ramach jednorodnych grup pacjentów (JGP)**<br>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)<br><br>**2. Sposób podania:** dożylnie (IVIg) lub podskórnie (SCIg, fSCIg)<br><br>**3. Dawkowanie**<br>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.<br><br>**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.<br><br>**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**<br>1) poziom IgG, IgA, IgM, IgE w surowicy krwi, ew. podklas IgG, w zależności od wskazań klinicznych;<br>2) morfologia krwi z rozmazem;<br>3) poziom glukozy w surowicy krwi;<br>4) oznaczenie w żylnej krwi obwodowej liczebności subpopulacji oraz ocena funkcji limfocytów, w zależności od wskazań klinicznych;<br>5) ocena funkcji wątroby: poziom aminotransferazy alaninowej (AlAT), aminotransferazy asparaginianowej (AspAT), fosfatazy alkalicznej (ALP) oraz gamma-glutamylotranspeptydazy (GGTP);<br>6) ocena funkcji nerek: ogólne badanie moczu, poziom kreatyniny w surowicy, ocena GFR;<br>7) poziom białka C-reaktywnego (CRP);<br>8) poziom dehydrogenazy mleczanowej (LDH);<br>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<br>lub<br>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,<br>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,<br>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;<br>11) USG, RTG, TK lub MRI: klatki piersiowej, zatok obocznych nosa lub czołowych, jamy brzusznej (rodzaj badania i częstość wykonywania zależą od wskazań klinicznych);<br>12) badania wirusologiczne: HBs-antygen oraz diagnostyka HCV lub HIV metodą PCR, w zależności od wskazań klinicznych do decyzji lekarza prowadzącego;<br>13) badanie wirusologiczne EBV metoda PCR w zależności od wskazania klinicznego.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) przekazywanie informacji 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.<br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) urodzeniowa masa lub długość ciała poniżej −2 SD dla wieku ciążowego i płci dziecka wg. norm populacyjnych;<br>2) wiek > 4 lat;<br>3) niskorosłość, tj. wysokość ciała poniżej 3 centyla dla płci i wieku, na siatkach centylowych dla populacji dzieci polskich;<br>4) upośledzone tempo wzrastania, tj. poniżej −1 SD w odniesieniu do tempa wzrastania populacji dzieci polskich (wymagany jest co najmniej 6-miesięczny okres obserwacji);<br>5) wiek kostny poniżej 14 lat dla dziewczynki i poniżej 16 lat dla chłopca, oceniany metodą Greulich'a-Pyle;<br>6) wykluczenie innych, aniżeli SGA lub IUGR, przyczyn niskorosłości;<br>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);<br>8) brak przeciwskazań do terapii hormonem wzrostu stwierdzonych na podstawie wyników TK z kontrastem lub MRI okolicy podwzgórzowo- przysadkowej.<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. | **1. Dawkowanie**<br>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**<br>1) pomiar stężenia IGF-1;<br>2) pomiar stężenia IGFBP3;<br>3) ocena rozwoju somatycznego, w tym pomiary wysokości i masy ciała oraz obwodu głowy i klatki piersiowej;<br>4) pomiar stężenia glukozy we krwi i odsetka glikowanej hemoglobiny ($HbA_{1C}$);<br>5) test obciążenia glukozą, z oceną glikemii i insulinemii;<br>6) pomiar stężeń triglicerydów;<br>7) pomiar stężeń całkowitego cholesterolu;<br>8) pomiar frakcji HDL cholesterolu;<br>9) pomiar frakcji LDL cholesterolu;<br>10) pomiar ciśnienia tętniczego krwi;<br>11) badanie dna oka;<br>12) pomiar stężenia TSH;<br>13) pomiar stężenia $fT_4$;<br>14) pomiar stężenia $fT_3$;<br>15) RTG śródręcza ręki dominującej, z przynasadami kości przedramienia, do oceny wieku kostnego,<br>16) jonogram surowicy krwi (co najmniej pomiar stężenia Na i Ca);<br>17) morfologia krwi z rozmazem;<br>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;<br>3) pomiar stężenia IGF-1 (w przypadku stwierdzenia podwyższonego stężenia badanie wykonywane co 90 dni);<br>4) pomiar stężenia TSH;<br>5) pomiar stężenia $fT_4$;<br>6) pomiar stężenia $fT_3$;<br>7) jonogram surowicy krwi (co najmniej pomiar stężenia Na i Ca);<br>8) ocena rozwoju somatycznego, w tym pomiary wysokości i masy ciała, oraz obwodu głowy i klatki piersiowej;<br>9) pomiar ciśnienia tętniczego krwi;<br>10) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb.<br><br>**2.3 Co 365 dni**<br>1) test obciążenia glukozą, z oceną glikemii i insulinemii;<br>2) pomiar stężenia IGFBP3;<br>3) pomiar stężenia triglicerydów;<br>4) pomiar stężenia całkowitego cholesterolu;<br>5) pomiar frakcji LDL cholesterolu;<br>6) pomiar frakcji HDL cholesterolu;<br>7) w przypadku podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi:<br>a) badanie dna oka,<br>b) 24-godzinny pomiar ciśnienia tętniczego metodą Holtera;<br>8) RTG śródręcza, ręki dominującej, z przynasadami kości przedramienia, do oceny wieku kostnego;<br>9) morfologia krwi z rozmazem; |

| | | |
|---|---|---|
| | | 10) u świadczeniobiorców poniżej 7 roku życia konsultacja psychologa z oceną rozwoju psychoruchowego;<br>11) u świadczeniobiorców powyżej 7 roku życia konsultacja psychologa z oceną rozwoju intelektualnego;<br>12) w przypadku podejrzenia złuszczenia głowy kości udowej:<br>a) USG lub RTG stawów biodrowych,<br>b) TK lub MRI stawów biodrowych,<br>c) konsultacja ortopedyczna;<br>13) w zależności od potrzeb:<br>a) USG jamy brzusznej,<br>b) USG klatki piersiowej,<br>c) konsultacja ortopedyczna,<br>d) konsultacja okulistyczna,<br>e) konsultacja neurologiczna,<br>f) konsultacja hemato-onkologa,<br>g) konsultacja genetyczna,<br>h) konsultacja psychologiczna,<br>i) TK,<br>j) MRI,<br>k) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb.<br><br>**2.4 W przypadku wstrzymania leczenia hormonem wzrostu:**<br>1) w przypadku wystąpienia objawów pseudo-tumor cerebri:<br>a) konsultacja okulistyczna,<br>b) konsultacja neurologiczna,<br>c) jonogram surowicy krwi,<br>d) obrazowanie ośrodkowego układu |

| | | |
|---|---|---|
| | | nerwowego TK z kontrastem lub MRI;<br>2) w przypadku podwyższonego stężenia IGF-1:<br>a) pomiar stężenia IGF-1 co 90 dni;<br>3) w przypadku podejrzenia złuszczenia głowy kości udowej:<br>a) USG lub RTG stawów biodrowych,<br>b) TK lub MRI stawów biodrowych,<br>c) konsultacja ortopedyczna.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) przekazywanie informacji 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:<br>1) w przypadku niepowodzenia lub nietolerancji wcześniej stosowanych inhibitorów kinazy tyrozynowej BCR-ABL:<br>a) *ponatynibem* (dorośli pacjenci z obecnością genu *BCR-ABL* lub chromosomu Filadelfia),<br>2) od II lub kolejnej linii leczenia:<br>a) *blinatumomabem* (dzieci i dorośli pacjenci bez obecności chromosomu Filadelfia),<br>b) *inotuzumabem ozogamcyny* (dorośli pacjenci bez względu na obecność chromosomu Filadelfia)<br>3) w całkowitej remisji z mierzalną chorobą resztkową (MRD):<br>a) *blinatumomabem* (dorośli pacjenci bez obecności chromosomu Filadelfia),<br>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br>Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2 albo 1.3.) dla poszczególnych terapii. | **1. Dawkowanie leków**<br>**1.1. ponatynib**<br>Zalecana dawka początkowa *ponatynibu* wynosi 45 mg podawana doustnie raz na dobę.<br>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.<br><br>**1.2. blinatumomab**<br>**1.2.1. od II lub kolejnej linii leczenia**<br>Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie), a pomiędzy cyklami występuje 14-dniowy okres bez leczenia.<br>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**<br>**1.1. Badania przy kwalifikacji do: terapii ponatynibem, terapii blinatumomabem od II lub kolejnej linii leczenia, lub terapii inotuzumabem ozogamycyny od II lub kolejnej linii leczenia:**<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) badanie cytologiczne szpiku;<br>3) dodatkowo w przypadku terapii *ponatynibem*:<br>a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),<br>b) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST),<br>c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi,<br>d) oznaczenie stężenia lipazy w surowicy krwi,<br>e) oznaczenie stężenia trójglicerydów we krwi,<br>f) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego we krwi,<br>g) oznaczenie stężenia cholesterolu HDL we krwi,<br>h) oznaczenie stężenia cholesterolu LDL we krwi;<br>i) badanie molekularne PCR metodą jakościową lub ilościową na obecność genu *BCR-ABL** we krwi lub szpiku lub badanie cytogenetyczne. |

**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.

4) dodatkowo w przypadku terapii *blinatumomabem* u dorosłych i dzieci:
   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 aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST),

| | | |
|---|---|---|
| po leczeniu konsolidującym remisję lub stwierdzone utrzymywanie się dodatniej mierzalnej choroby resztkowej w badaniu molekularnym po leczeniu konsolidującym remisję, pomimo stosowania *dazatynibu*,<br>lub<br>b) wznowa hematologiczna lub progresja molekularna pomimo stosowania *dazatynibu*,<br>lub<br>c) nietolerancja leczenia *dazatynibem*, uniemożliwiająca jego dalsze stosowanie, stwierdzona na dowolnym etapie leczenia,<br>lub<br>d) udokumentowana obecność mutacji T315I genu *BCR-ABL*, której wystąpienie stwierdzono na dowolnym etapie leczenia.<br><br>**1.2.2. blinatumomab (II lub kolejna linia leczenia) – dzieci do ukończenia 1. roku życia**<br>1) wiek do ukończenia 1. roku życia;<br>2) wrodzona ostra białaczka limfoblastyczna z komórek prekursorowych limfocytów B;<br>3) ekspresja antygenu CD19 na komórkach białaczkowych;<br>4) stosowanie uprzednio co najmniej jednej linii leczenia;<br>5) wznowa lub brak molekularnej remisji choroby;<br>6) brak cech aktywnej choroby ośrodkowego układu nerwowego (OUN) w momencie kwalifikacji do programu;<br>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.<br><br>**1.2.2. w całkowitej remisji z mierzalną chorobą resztkową**<br>Cykl trwa 28 dni (4 tygodnie), a po nim występuje 14-dniowy okres bez leczenia.<br>Cykl 1: *blinatumomab* podawany jest w dniach 1-28 w dawce 28 µg/dobę w ciągłej infuzji.<br>W dniach 29-42 cyklu 1. *blinatumomab* nie jest podawany (14-dniowy okres bez leczenia).<br>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.<br><br>**1.3. inotuzumab ozogamycyny**<br>*Inotuzumab ozogamycyny* podawany jest dożylnie w infuzji trwającej 1 godzinę.<br>1) Pacjenci, u których planowane jest przeszczepienie allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych | c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi,<br>d) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,<br>e) oznaczenie APTT,<br>f) oznaczenie czasu protrombinowego (PT),<br>g) oznaczenie stężenia fibrynogenu,<br>h) badanie immunofenotypowe metodą cytometrii przepływowej w celu określenia odsetka limfoblastów z ekspresją CD22 w szpiku lub krwi,<br>i) badanie histopatologiczne lub cytomorfologiczne lub immunofenotypowe materiału tkankowego innego niż szpik lub krew w celu potwierdzenia obecności komórek białaczkowych z ekspresją CD22, jeżeli nie stwierdza się zajęcia szpiku lub obecności komórek białaczkowych we krwi,<br>j) badania obrazowe w celu potwierdzenia pozaszpikowych ognisk choroby, jeżeli nie stwierdza się zajęcia szpiku ani obecności komórek białaczkowych we krwi,<br><br>**1.2. Badania przy kwalifikacji do terapii blianatumomabem w całkowitej remisji z mierzalną chorobą resztkową:**<br>1) ocena mierzalnej choroby resztkowej w badaniu próbki z biopsji szpiku kostnego metodą cytometrii przepływowej lub reakcji łańcuchowej polimerazy o czułości co najmniej $10^{-4}$;<br>2) badania w celu wykluczenia zajęcia ośrodkowego układu nerwowego w momencie kwalifikacji do programu:<br>a) badanie ogólne i mikroskopowe, a w razie potrzeby badanie immunofenotypowe płynu mózgowo-rdzeniowego,<br>lub<br>b) badania obrazowe OUN. |

| | | |
|---|---|---|
| wznowa i nie jest u nich planowane wykonanie przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych.<br><br>**1.2.3. blinatumomab (II lub kolejna linia leczenia) – dzieci od ukończonego 1. roku życia**<br>1) wiek od ukończonego 1. roku życia do ukończenia 18. roku życia;<br>2) ostra białaczka limfoblastyczna z komórek prekursorowych limfocytów B;<br>3) brak obecności genu *BCR-ABL* lub chromosomu Filadelfia;<br>4) ekspresja antygenu CD19 na komórkach białaczkowych;<br>5) stosowanie uprzednio co najmniej jednej linii leczenia;<br>6) wystąpienie co najmniej jednego z poniższych warunków:<br>a) brak całkowitej remisji po leczeniu indukującym remisję, niezależnie od linii leczenia, definiowany jako:<br>– odsetek komórek blastycznych w szpiku ≥5%<br>lub<br>– obecność pozaszpikowych ognisk choroby,<br>lub<br>b) wznowa hematologiczna lub brak molekularnej remisji choroby (MRD>$10^{-4}$) po wcześniejszym zastosowaniu co najmniej dwóch schematów leczenia,<br>lub<br>c) wznowa hematologiczna po wcześniejszym przeszczepieniu allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych,<br>lub<br>d) wznowa u dzieci, u których nie jest planowane wykonanie przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych | Leczenie trwa do maksymalnie 3 cykli.<br><u>Cykl 1</u>: *inotuzumab ozogamycyny* podawany jest w 3 dawkach podzielonych:<br>– w dniu 1. w dawce 0,8 mg/m$^2$ pc.,<br>– w dniu 8. w dawce 0,5 mg/m$^2$ pc., oraz<br>– w dniu 15. w dawce 0,5 mg/m$^2$ pc.,<br>co odpowiada dawce całkowitej 1,8 mg/m$^2$ pc./cykl.<br>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.<br><u>Cykle 2 i 3</u>: *inotuzumab ozogamycyny* u pacjentów, którzy uzyskali CR lub CRi podawany jest w każdym cyklu:<br>– w dniu 1. w dawce 0,5 mg/m$^2$ pc.,<br>– w dniu 8. w dawce 0,5 mg/m$^2$ pc., oraz<br>– w dniu 15. w dawce 0,5 mg/m$^2$ pc.,<br>co odpowiada dawce całkowitej 1,5 mg/m$^2$ pc./cykl.<br>U pacjentów, którzy nie uzyskali CR lub CRi *inotuzumab ozogamycyny* podawany jest w każdym cyklu:<br>– w dniu 1. w dawce 0,8 mg/m$^2$ pc.,<br>– w dniu 8. w dawce 0,5 mg/m$^2$ pc., oraz<br>– w dniu 15. w dawce 0,5 mg/m$^2$ pc.,<br>co odpowiada dawce całkowitej 1,8 mg/m$^2$ pc./cykl. | **2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia**<br>**2.1. ponatynibem**<br>Badania wykonywane co 2 tygodnie przez pierwszy miesiąc, a następnie do 4 tygodnie:<br>1) morfologia krwi z rozmazem (wykonywana także w ramach monitorowania skuteczności leczenia);<br>2) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);<br>3) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);<br>4) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;<br>5) oznaczenie stężenia lipazy w surowicy krwi;<br>6) oznaczenie stężenia trójglicerydów we krwi;<br>7) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego we krwi;<br>8) oznaczenie stężenia cholesterolu HDL we krwi;<br>9) oznaczenie stężenia cholesterolu LDL we krwi;<br>Badania wskazane w pkt 6-9 wykonuje się tylko u chorych z wyjściowo nieprawidłowym wynikiem.<br><br>**2.2. blinatumomabem w terapii od II lub kolejnej linii leczenia**<br>Badanie wykonywane po pierwszym i drugim cyklu leczenia:<br>1) morfologia krwi z rozmazem (wykonywana także w ramach monitorowania skuteczności leczenia).<br>Leczenie prowadzone jest (zarówno w przypadku dzieci jak i dorosłych) w warunkach szpitalnych lub domowych.<br><br>**2.3. inotuzumabem ozogamycyny** |

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 (II 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

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 aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);
4) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi.

**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:

| | | |
|---|---|---|
| – odsetek komórek blastycznych w szpiku ≥5%<br>lub<br>– obecność komórek blastycznych we krwi, wykrywanych metodą cytologiczną<br>lub<br>– obecność pozaszpikowych ognisk choroby,<br>lub<br>b) wznowa hematologiczna definiowana jako:<br>– odsetek komórek blastycznych w szpiku ≥5%<br>lub<br>– obecność komórek blastycznych we krwi, wykrywanych metodą cytologiczną<br>lub<br>– obecność pozaszpikowych ognisk choroby,<br>po okresie remisji, tj. stanu, w którym żaden w powyższych warunków nie był spełniony,<br>lub<br>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).<br>W przypadku takiego pacjenta badania do kwalifikacji powinny zostać wykonane zgodnie z decyzją lekarza prowadzącego;<br>8) brak cech zajęcia ośrodkowego układu nerwowego (OUN);<br>9) brak przeciwwskazań do przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (w przypadku | CR lub CRi *inotuzumab ozogamycyny* podawany jest w każdym cyklu:<br>– w dniu 1. w dawce 0,8 mg/m$^2$ pc.,<br>– w dniu 8. w dawce 0,5 mg/m$^2$ pc., oraz<br>– w dniu 15. w dawce 0,5 mg/m$^2$ pc.,<br>co odpowiada dawce całkowitej 1,8 mg/m$^2$ pc./cykl.<br>Cykl 2 i 3 trwają po 28 dni, w tym od dnia 21. każdego cyklu następuje 7-dniowa przerwa w leczeniu.<br>Cykle 4-6*: inotuzumab ozogamycyny* podawany jest w każdym cyklu:<br>– w dniu 1. w dawce 0,5 mg/m$^2$ pc.,<br>– w dniu 8. w dawce 0,5 mg/m$^2$ pc., oraz<br>– w dniu 15. w dawce 0,5 mg/m$^2$ pc.,<br>co odpowiada dawce całkowitej 1,5 mg/m$^2$ pc./cykl.<br>Cykle 4-6 trwają po 28 dni, w tym od dnia 21. każdego cyklu następuje 7-dniowa przerwa w leczeniu.<br>**2. Modyfikacja dawkowania, dodatkowe informacje**<br>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz zmniejszania dawki leku zgodnie z odpowiednią, aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku. | 1) badanie cytogenetyczne lub badanie molekularne PCR metodą ilościową na obecność genu *BCR-ABL** we krwi lub szpiku;<br>2) badanie cytologiczne szpiku.<br>**3.2. blinatumomabem w terapii od II lub kolejnej linii leczenia**<br>Badania wykonywane po pierwszym i drugim cyklu leczenia:<br>1) badanie immunofenotypowe metodą cytometrii przepływowej w celu określenia odsetka limfoblastów z ekspresją CD19 w szpiku lub krwi;<br>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);<br>3) badania obrazowe pozaszpikowych ognisk choroby (jeżeli były stwierdzone w badaniu przy kwalifikacji).<br>**3.3. inotuzumabem ozogamycyny**<br>Badania wykonywane po każdym cyklu leczenia:<br>1) badanie cytologiczne szpiku;<br>2) badania obrazowe pozaszpikowych lokalizacji nacieków białaczkowych, jeżeli przy kwalifikacji do leczenia *inotuzumabem ozogamycyny* stwierdzono pozaszpikowe nacieki i były one widoczne w badaniach obrazowych.<br>**3.4. blinatumomabem u pacjentów w całkowitej remisji z mierzalną chorobą resztkową**<br>Badanie wykonane po cyklu leczenia:<br>1) morfologia krwi z rozmazem; |

| | | |
|---|---|---|
| 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.<br><br>**1.2.5. inotuzumab ozogamycyny (II lub kolejna linia leczenia)**<br>1) wiek 18 lat i powyżej;<br>2) stan sprawności 0-2 według skali ECOG;<br>3) ostra białaczka limfoblastyczna z komórek prekursorowych limfocytów B;<br>4) ekspresja antygenu CD22> 1% na komórkach białaczkowych;<br>5) w przypadku pacjenta:<br>a) z chromosomem Filadelfia:<br>– brak całkowitej remisji po leczeniu przynajmniej dwoma inhibitorami kinazy tyrozynowej BCR-ABL, w tym przynajmniej jednym inhibitorem II lub III generacji<br>lub<br>– wznowa hematologiczna po leczeniu przynajmniej dwoma inhibitorami kinazy tyrozynowej BCR-ABL, w tym przynajmniej jednym inhibitorem II lub III generacji,<br>b) bez chromosomu Filadelfia:<br>– brak całkowitej remisji po leczeniu indukującym remisję<br>lub<br>– wznowa hematologiczna choroby.<br><br>**1.3. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii w całkowitej remisji z mierzalną chorobą resztkową:**<br>**1.3.1. blinatumomab - dorośli** | Zalecenia dotyczące premedykacji i dodatkowych leków zgodnie z odpowiednią, aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. | 2) ocena mierzalnej choroby resztkowej w badaniu próbki z biopsji szpiku kostnego metodą cytometrii przepływowej lub reakcji łańcuchowej polimerazy o czułości co najmniej $10^{-4}$. |

| | | |
|---|---|---|
| 1) wiek 18 lat i powyżej;<br>2) stan sprawności 0-2 według skali ECOG;<br>3) ostra białaczka limfoblastyczna z komórek prekursorowych limfocytów B;<br>4) brak obecności genu *BCR-ABL* lub chromosomu Filadelfia;<br>5) ekspresja antygenu CD19 na komórkach białaczkowych przy rozpoznaniu;<br>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);<br>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);<br>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 $10^{-4}$);<br>9) brak uprzedniego przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych;<br>10) brak cech aktywnej choroby ośrodkowego układu nerwowego (OUN) w momencie kwalifikacji do programu;<br>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.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, z zastrzeżeniem, iż w przypadku terapii:<br>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.<br>2) *blinatumomabem* od II lub kolejnej linii leczenia – można zastosować maksymalnie dwa cykle leczenia, a czasowe przerwanie leczenia następuje w przypadkach określonych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego. W momencie kwalifikacji do leczenia *blinatumomabem*, o ile nie było to wykonane wcześniej, należy zlecić badania zmierzające do identyfikacji potencjalnego dawcy komórek krwiotwórczych (zgodnego w zakresie HLA rodzeństwa, dawcy niespokrewnionego lub dawcy haploidentycznego), w celu wykonania przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych po jednym lub dwóch cyklach leczenia *blinatumomabem* u chorego, który uzyskał: | | |

| | | |
|---|---|---|
| a) całkowitą remisję definiowaną jako spełnienie wszystkich następujących warunków:<br>– odsetek komórek blastycznych w szpiku <5%,<br>– brak komórek blastycznych we krwi, wykrywanych metodą cytologiczną,<br>– brak pozaszpikowych ognisk choroby,<br>lub<br>b) całkowitą remisję z niepełną regeneracją hematologiczną (CRi) – w przypadku kwalifikacji chorego do przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych;<br>3) *inotuzumabem ozogamycyny* – u chorego, u którego:<br>a) jest planowane przeszczepienie allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych – można zastosować maksymalnie trzy cykle leczenia,<br>b) nie jest planowane przeszczepienie allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych – można zastosować maksymalnie sześć cykli leczenia;<br>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.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) progresja choroby w trakcie leczenia;<br>2) brak remisji:<br>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,<br>b) w przypadku terapii *blinatumomabem* stosowanym od II lub kolejnej linii leczenia u dzieci: brak całkowitej remisji po pierwszym cyklu leczenia *blinatumomabem*, definiowany jako:<br>– odsetek komórek blastycznych w szpiku ≥5%<br>lub<br>– obecność pozaszpikowych ognisk choroby,<br>c) w przypadku terapii *blinatumomabem* stosowanym od II lub kolejnej linii leczenia u dorosłych: brak całkowitej remisji po pierwszym cyklu leczenia definiowany jako:<br>– odsetek komórek blastycznych w szpiku ≥5%<br>lub<br>– obecność komórek blastycznych we krwi, wykrywanych metodą cytologiczną<br>lub<br>– obecność pozaszpikowych ognisk choroby,<br>lub brak całkowitej remisji z niepełną regeneracją hematologiczną (CRi);<br>d) w przypadku terapii *inotuzumabem ozogamycyny*: brak całkowitej remisji lub całkowitej remisji z niepełną regeneracją hematologiczną (CRi) po 3 cyklach leczenia;<br>3) przeszczepienie allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych;<br>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;<br>6) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania, w tym:<br>a) w przypadku stosowania *blinatumomabu* od II lub kolejnej linii leczenia – wiążących się z przerwą w leczeniu dłuższą niż 7 dni,<br>b) w przypadku stosowania *blinatumomabu* u pacjenta w całkowitej remisji z mierzalną chorobą resztkową – wiążących się z przerwą w leczeniu dłuższą niż 14 dni;<br>7) okres ciąży lub karmienia piersią zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;<br>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 udostępnia się terapię CAR-T z zastosowaniem *tisagenlecleucelu*, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br>Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. CAR-T w leczeniu chorych na ostrą białaczkę | **1. Dawkowanie leku**<br>Schemat dawkowania *tisagenlecleucelu* zgodnie zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego dla *tisagenlecleucelu*.<br>Chemioterapię limfodeplecyjną należy stosować zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego dla *tisagenlecleucelu*. Przed podaniem *tisagenlecleucelu* zaleca się zastosowanie premedykacji zgodnie z zapisami | **1. Badania**<br>**1.1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) badanie fizykalne i ocena objawów ze strony ośrodkowego układu nerwowego;<br>2) morfologia krwi obwodowej z rozmazem;<br>3) ocena funkcji wątroby, tj.:<br>a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), |

| | | |
|---|---|---|
| limfoblastyczną powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.<br><br>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta.<br><br>1) rozpoznanie ostrej białaczki limfoblastycznej z komórek prekursorowych limfocytów B;<br>2) wiek od 0 do 25 lat (włącznie);<br>3) stan sprawności ≥50 według skali Karnofsky'ego (wiek ≥16 lat) lub Lansky'ego (wiek <16 lat);<br>4) przewidywany czas przeżycia pacjenta co najmniej 12 tygodni od momentu kwalifikacji do programu;<br>5) spełnienie co najmniej jednego z poniższych kryteriów:<br>a) drugi lub kolejny nawrót;<br>lub<br>b) nawrót po przeszczepieniu allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (allo-HSCT) i po co najmniej 4 miesiącach przerwy pomiędzy allo-HSCT a podaniem *tisagenlecleucelu*,<br>lub<br>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,<br>lub<br>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, | aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego dla tego produktu.<br><br>*Tisagenlecleucel* musi być podawany w wykwalifikowanym ośrodku posiadającym certyfikację Podmiotu Odpowiedzialnego zgodnie z wymogami EMA oraz akceptację MZ po pozytywnej opinii Krajowej Rady Transplantacyjnej odnośnie pobierania i wykorzystania autologicznych limfocytów. Terapię należy rozpoczynać pod nadzorem fachowego personelu medycznego doświadczonego w leczeniu nowotworów układu krwiotwórczego i chłonnego oraz przeszkolonego w podawaniu i postępowaniu z pacjentami leczonymi *tisagenlecleucelem*.<br><br>**2. Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania, przechowywania, przygotowania i usuwania produktu leczniczego**<br><br>Postępowanie zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego dla *tisagenlecleucelu*. | b) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST),<br>c) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy krwi;<br>4) ocena funkcji nerek, tj.:<br>a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,<br>b) oznaczenie klirensu kreatyniny;<br>5) ocena cytologiczna, cytometryczna wraz z potwierdzeniem obecności antygenu CD19 na blastach białaczkowych lub ocena molekularna aspiratu szpiku kostnego dokumentująca oporność lub nawrót choroby;<br>6) ocena płynu mózgowo-rdzeniowego (w uzasadnionych przypadkach);<br>7) badania obrazowe ośrodkowego układu nerwowego (CT lub NMR);<br>8) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym);<br>9) test na HIV (przeciwciała anty-HIV w surowicy);<br>10) oznaczenie markerów wirusa zapalenia wątroby typu B (HBsAg, anty-HBc, anty-HBs – w przypadku dodatnich anty-HBc wykonać HBV DNA);<br>11) oznaczenie markerów wirusa zapalenia wątroby typu C (anty-HCV, HCV RNA – w przypadku dodatnich anty-HCV);<br>12) oznaczenie parametrów krzepnięcia krwi:<br>a) oznaczenie czasu protrombinowego (PT),<br>b) oznaczenie APTT,<br>c) oznaczenie INR,<br>d) oznaczenie stężenia fibrynogenu,<br>e) oznaczenie stężenia D-dimerów;<br>13) oznaczenie stężenia immunoglobuliny IgG;<br>14) elektrokardiografia (EKG); |

| | | |
|---|---|---|
| lub<br>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;<br>6) prawidłowa funkcja nerek (klirens kreatyniny powyżej 60 ml/min/1,73 $m^2$ albo stężenie kreatyniny w surowicy w normie według wieku i płci);<br>7) aktywność aminotransferazy alaninowej ≤5 razy powyżej górnej granicy normy dla wieku;<br>8) stężenie bilirubiny <2,0 mg/dl;<br>9) funkcja skurczowa lewej komory ≥28% potwierdzona przez echokardiogram lub frakcja wyrzutowa lewej komory ≥45% potwierdzona za pomocą echokardiogramu.<br>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>U chorych można zastosować jedno przetoczenie CAR-T (tj. jedno podanie tisagenlecleucelu). Maksymalny czas opieki w ramach programu lekowego wynosi 12 miesięcy od dnia podania CAR-T.<br><br>**3. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do włączenia do programu**<br>Obecne co najmniej jedno z poniższych kryteriów podczas kwalifikacji do programu:<br>1) nadwrażliwość na którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>2) okres ciąży lub karmienia piersią;<br>3) aktywne niekontrolowane zakażenie systemowe;<br>4) zakażenie HIV; | | 15) ocena LVEF wykonana metodą ECHO/MUGA.<br><br>**1.2. Badania bezpośrednio przed podaniem tisagenlecleucelu:**<br>1) morfologia krwi obwodowej z rozmazem;<br>2) białka ostrej fazy:<br>a) oznaczenie stężenia CRP,<br>b) oznaczenie stężenia ferrytyny;<br>3) oznaczenie parametrów krzepnięcia krwi (jak w pkt 1.1.);<br>4) ocena funkcji nerek (jak w pkt 1.1.);<br>5) ocena funkcji wątroby (jak w pkt 1.1.);<br>6) ocena cytologiczna i cytometryczna (wraz z potwierdzeniem obecności antygenu CD19 na blastach białaczkowych) aspiratu szpiku lub nacieku pozaszpikowego bezpośrednio przed podaniem *tisagenlecleucelu* (badanie można pominąć, jeśli od wykonania biopsji aspiracyjnej szpiku przy kwalifikacji do programu upłynęło mniej niż 3 tygodnie).<br><br>**1.3. Badania w dniu następnym po podaniu tisagenlecleucelu**<br>1) morfologia krwi obwodowej z rozmazem;<br>2) oznaczenie parametrów krzepnięcia krwi:<br>a) oznaczenie czasu protrombinowego (PT),<br>b) oznaczenie APTT,<br>c) oznaczenie INR,<br>d) oznaczenie stężenia fibrynogenu,<br>3) dodatkowo w sytuacji podejrzenia wystąpienia zespołu uwalniania cytokin (CRS):<br>a) oznaczenie stężenia CRP,<br>b) oznaczenie stężenia ferrytyny, |

| | | |
|---|---|---|
| 5) aktywne wirusowe zapalenie wątroby typu B, C;<br>6) współistnienie wrodzonych chorób genetycznych przebiegających z upośledzoną czynnością szpiku, takich jak niedokrwistość Fanconiego, zespół Kostmanna, zespół Schwachmana-Diamonda i innych;<br>7) przewlekła choroba przeszczep przeciw gospodarzowi (GvHD) w stopniu 2-4;<br>8) obecność przeciwwskazań do stosowania chemioterapii limfodeplecyjnej z zastosowaniem takich leków jak: cyklofosfamid i fludarabina albo cytarabina i etopozyd;<br>9) aktywna obturacyjna lub restrykcyjna choroba płuc;<br>10) aktywna hemoliza;<br>11) aktywna koagulopatia;<br>12) aktywna choroba autoimmunologiczna;<br>13) pierwotny niedobór odporności;<br>14) wcześniejsze leczenie CAR-T (anty-CD19).<br><br>**4. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) wystąpienie nieodwracalnych, bezwzględnych przeciwwskazań do podania *tisagenlecleucelu*. | | c) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH),<br>d) oznaczenie stężenia D-dimerów.<br><br>**2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia po podaniu CAR-T**<br>1) codzienne monitorowanie pod kątem wystąpienia objawów podmiotowych i przedmiotowych CRS;<br>2) w przypadku podejrzenia lub wystąpienia CRS należy (w uzasadnionych przypadkach) wykonywać badania:<br>a) oznaczenie stężenia CRP,<br>b) oznaczenie stężenia ferrytyny,<br>c) oznaczenie stężenia fibrynogenu,<br>d) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH),<br>e) oznaczenie czasu protrombinowego (PT),<br>f) oznaczenie APTT,<br>g) oznaczenie INR,<br>h) oznaczenie stężenia D-dimerów,<br>(przy zaistnieniu innych wskazań wykonywać badania zgodnie z nimi);<br>3) po upływie pierwszych 10 dni od infuzji, o dalszym monitorowaniu pacjenta pod kątem CRS decyduje lekarz;<br>4) morfologia krwi obwodowej;<br>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);<br>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);<br>7) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy krwi;<br>8) oznaczenie stężenia mocznika w surowicy krwi; |

| | | |
|---|---|---|
| | | 9) oznaczenie stężenie kreatyniny w surowicy krwi;<br>10) oznaczenie stężenia elektrolitów.<br>Badania wskazane w pkt 4-10 wykonuje się co najmniej 2 razy w tygodniu w ciągu pierwszych 2 tygodni od podania *tisagenlecleucelu*, a następnie w zależności od sytuacji klinicznej.<br><br>**3. Monitorowanie skuteczności leczenia**<br>**3.1.** Badania wykonywane w pierwszym roku od podania *tisagenlecleucelu* co 1 miesiąc przez pierwsze trzy miesiące, a następnie co 3 miesiące:<br>1) morfologia krwi obwodowej z rozmazem;<br>2) badanie fizykalne i ocena objawów ze strony ośrodkowego układu nerwowego.<br>**3.2.** Badania wykonywane w pierwszym roku od podania *tisagenlecleucelu* co 3 miesiące:<br>1) ocena cytologiczna, cytometryczna lub molekularna aspiratu szpiku kostnego lub nacieku pozaszpikowego;<br>2) ocena płynu mózgowo-rdzeniowego (w uzasadnionych przypadkach);<br>3) oznaczenie stężenia immunoglobuliny IgG (w celu ewentualnego leczenia substytucyjnego immunoglobulinami zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego dla *tisagenlecleucelu*).<br><br>Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia.<br>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**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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:<br>a) całkowita remisja (CR),<br>b) całkowita remisja z obecnością mierzalnej choroby resztkowej (CR MRD+),<br>c) całkowita remisja z ujemną mierzalną chorobą resztkową (CR MRD-),<br>d) nawrót choroby (Rel),<br>e) przeżycie wolne od nawrotu choroby (RFS),<br>f) całkowite przeżycie (OS);<br>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;<br>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.<br><br>*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:**<br>**1) chorym na ziarniniaka grzybiastego:**<br>a) ***beksaroten w monoterapii,***<br>b) ***brentuksymab vedotin w monoterapii,***<br>**2) chorym na zespół Sezary'ego:**<br>a) ***beksaroten w monoterapii,***<br>**3) chorym na pierwotnie skórnego chłoniaka anaplastycznego z dużych komórek (pcALCL):**<br>a) ***brentuksymab vedotin w monoterapii***<br>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br>Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2. albo 1.3. albo 1.4.) dla poszczególnych terapii.<br>**1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji**<br>1) wiek 18 lat i powyżej;<br>2) stan sprawności według WHO 0-2 (w przypadku kwalifikacji do leczenia beksarotenem dopuszcza się stan sprawności według WHO 3 – jeśli wynika z zaawansowania chłoniaka); | **1. Dawkowanie**<br>**1.1. *beksaroten w monoterapii* – w leczeniu ziarniniaka grzybiastego i w leczeniu zespołu Sezary'ego**<br>Zalecana dawka początkowa bekasrotenu to 300 mg/m$^2$ pc./dobę. Obliczenie dawki początkowej zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego.<br>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<br><br>**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**<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) stężenie kreatyniny;<br>3) aktywność AST i ALT, stężenie bilirubiny całkowitej;<br>4) stężenie glukozy we krwi;<br>5) określenie TNMB i mSWAT;<br>6) tomografia komputerowa (TK) klatki piersiowej i jamy brzusznej lub RTG klatki piersiowej i USG jamy brzusznej (maksymalnie do 3 miesięcy przed kwalifikacją);<br>7) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym);<br>8) badanie immunohistochemiczne na obecność antygenu CD30+ w tkance chłoniaka – w przypadku kwalifikacji do leczenia brentuksymabem vedotin;<br>9) stężenie TSH oraz fT4, triglicerydy, cholesterol całkowity, frakcja HDL i LDL – |

| | | |
|---|---|---|
| 3) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego;<br>4) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;<br>5) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń;<br>6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystykę Produktu Leczniczego;<br>7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii.<br><br>**1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia <u>ziarniniaka grzybiastego</u>**<br>**1.2.1. *beksarotenem w monoterapii***<br>1) potwierdzona badaniem histopatologicznym skóry diagnoza ziarniniaka grzybiastego;<br>2) stadium zaawansowania określone jako IB lub powyżej, według stopnia zaawansowania TNMB (klasyfikacja ISCL i EORTC);<br>3) spełnienie jednego z poniższych kryteriów:<br>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,<br>lub<br>b) nieakceptowalna (w stopniu 3 lub 4 wg klasyfikacji WHO) oraz nawracająca pomimo modyfikacji dawkowania toksyczność terapii metotreksatem (MTX) lub interferonem (IFN),<br>lub<br>c) nawrót choroby po okresie remisji wywołanej wcześniejszym leczeniem systemowym; | Zalecana dawka brentuksymabu vedotin wynosi 1,8 mg/kg mc. podawane we wlewie dożylnym trwającym 30 minut, co 3 tygodnie.<br><br>**2. Modyfikacja dawkowania leków**<br>Modyfikacja dawkowania zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku. | w przypadku kwalifikacji do leczenia beksarotenem;<br>10) EKG z opisem – w przypadku kwalifikacji do leczenia beksarotenem.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>**2.1. ziarniniaka grzybiastego lub zespołu Sezary'ego *beksarotenem w monoterapii***<br>1) badania wykonywane 2 razy w ciągu pierwszych 30 dni terapii, a następnie 1 raz w każdym kolejnym miesiącu terapii (przy wydawaniu leku):<br>a) morfologia krwi z rozmazem,<br>b) stężenie kreatyniny,<br>c) aktywność AST i ALT, stężenie bilirubiny całkowitej,<br>d) stężenie glukozy we krwi,<br>e) stężenie TSH oraz fT4,<br>f) triglicerydy, cholesterol całkowity, frakcja HDL i LDL;<br>2) kontrolne badania obrazowe wykonywane w zależności od potrzeb klinicznych;<br>3) raz na 2 miesiące – wypełnienie skali mSWAT.<br>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 |

| | | |
|---|---|---|
| 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.<br><br>**1.2.2. *brentuksymab vedotin w monoterapii***<br>1) potwierdzona badaniem histopatologicznym skóry diagnoza ziarniniaka grzybiastego;<br>2) stadium zaawansowania określone jako IB lub powyżej, według stopnia zaawansowania TNMB (klasyfikacja ISCL i EORTC);<br>3) potwierdzona immunohistochemicznie obecność antygenu CD30 w przynajmniej jednej z pobranych biopsji zmian w ziarniniaku grzybiastym;<br>4) w przypadku stadium choroby:<br>a) IB-IIA spełnienie jednego z poniższych kryteriów:<br>– progresja choroby w trakcie wcześniejszego leczenia systemowego, w tym beksarotenem, potwierdzona w trakcie co najmniej dwóch kolejnych wizyt lekarskich,<br>lub<br>– nieakceptowalna (w stopniu 3 lub 4 wg klasyfikacji WHO) oraz nawracająca pomimo modyfikacji dawkowania toksyczność wcześniejszego leczenia systemowego, w tym beksarotenem,<br>lub<br>– nawrót choroby po okresie remisji wywołanej wcześniejszym leczeniem systemowym, w tym beksarotenem,<br>b) IIB lub wyższym – nawrót lub progresja choroby, niezależnie od rodzaju wcześniejszego leczenia systemowego;<br>5) zgoda pacjenta na stosowanie skutecznych metod zapobiegania ciąży w trakcie terapii oraz po zakończeniu leczenia zgodnie z informacjami zawartymi w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego. | | jednakowo jak w przypadku pozostałych pacjentów.<br><br>**2.2. ziarniniaka grzybiastego lub pierwotnie skórnego chłoniaka anaplastycznego z dużych komórek (pcALCL) *brentuksymabem vedotin w monoterapii***<br>1) badania wykonywane przed każdym podaniem leku:<br>a) morfologia krwi z rozmazem,<br>b) stężenie kreatyniny,<br>c) aktywność AST i ALT, stężenie bilirubiny całkowitej,<br>d) stężenie glukozy we krwi;<br>2) kontrolne badania obrazowe wykonywane w zależności od potrzeb klinicznych;<br>3) raz na 2 miesiące – wypełnienie skali mSWAT.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z |

| | | |
|---|---|---|
| **1.3. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia <u>zespołu Sezary'ego</u>**<br>**1.3.1. *beksarotenu w monoterapii***<br>1) potwierdzona w oparciu o wynik cytometrii diagnoza zespołu Sezary'ego;<br>2) spełnienie jednego z poniższych kryteriów:<br>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,<br>lub<br>b) nieakceptowalna (w stopniu 3 lub 4 wg klasyfikacji WHO) oraz nawracająca pomimo modyfikacji dawkowania toksyczność terapii metotreksatem (MTX) lub interferonem (IFN),<br>lub<br>c) nawrót choroby po okresie remisji wywołanej wcześniejszym leczeniem systemowym;<br>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.<br><br>**1.4. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia <u>pierwotnie skórnego chłoniaka anaplastycznego z dużych komórek (pcALCL)</u>**<br>**1.4.1. *brentuksymab vedotin w monoterapii***<br>1) potwierdzona badaniem histopatologicznym skóry diagnoza pierwotnie skórnego chłoniaka anaplastycznego z dużych komórek (pcALCL);<br>2) potwierdzona immunohistochemicznie obecność antygenu CD30 w jednej biopsji zmian w pcALCL;<br>3) zgoda pacjenta na stosowanie skutecznych metod zapobiegania ciąży w trakcie terapii oraz po zakończeniu leczenia zgodnie z informacjami zawartymi w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego. | | opisem programu oraz na zakończenie leczenia;<br>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.<br>W przypadku pacjentów, o których mowa w kolumnie „Świadczeniobiorcy" w pkt 4.1) nie jest wymagane uzupełnianie danych i informacji w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. |

| | | |
|---|---|---|
| **1.5.** Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>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:<br>1) *brentuksymabem vedotin w monoterapii* – leczenie trwa maksymalnie do 16 cykli.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) progresja choroby w trakcie leczenia, przy czym w celu potwierdzenia progresji wymagany jest okres dwumiesięcznej obserwacji;<br>2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku;<br>3) toksyczność:<br>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*,<br>b) wymagająca przerwania leczenia zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego – w przypadku terapii *brentuksymabem vedotin w monoterapii;*<br>4) ciąża lub karmienie piersią;<br>5) pogorszenie stanu pacjenta o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;<br>6) rezygnacja pacjenta. | | |

| | | |
|---|---|---|
| **4. Kontynuacja leczenia pacjentów po zakończeniu finansowania w ramach chemioterapii niestandardowej – w przypadku terapii *beksarotenem w monoterapii***<br>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;<br>2) kwalifikacja, o której mowa w pkt. 1, dotyczy leczenia tą samą substancją czynną, która była finansowana w ramach programu chemioterapii niestandardowej.;<br>3) pacjenci, o których mowa w pkt. 1 nie muszą spełniać w chwili kwalifikacji, innych kryteriów wymaganych do włączenia do programu;<br>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:**<br>**1) w I linii leczenia**<br>a) ***brentuksymab vedotin w skojarzeniu z cyklofosfamidem, doksorubicyną i prednizonem (CHP),***<br>**2) w II i kolejnych liniach leczenia**<br>a) ***brentuksymab vedotin w monoterapii*.**<br><u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u><br><br>**1. Kryteria kwalifikacji** | **1. Dawkowanie**<br>**1.1. *brentuksymab vedotin w skojarzeniu z cyklofosfamidem, doksorubicyną i prednizonem (CHP)***<br><u>Brentuksymab vedotin</u>: Zalecana dawka wynosi 1,8 mg/kg mc. podawana we wlewie dożylnym trwającym 30 minut co 3 tygodnie.<br>Jeśli masa ciała pacjenta przekracza 100 kg, do obliczenia dawki należy przyjąć 100 kg. | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) stężenie kreatyniny;<br>3) aktywność AST i ALT, stężenie bilirubiny całkowitej;<br>4) stężenie glukozy we krwi;<br>5) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym);<br>6) badanie immunohistochemiczne na obecność antygenu CD30+ w tkance chłoniaka; |

| | | |
|---|---|---|
| Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych terapii.<br>**1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji**<br>1) stan sprawności według WHO 0-2;<br>2) potwierdzona histologicznie diagnoza układowego chłoniaka anaplastycznego z dużych komórek (sALCL);<br>3) potwierdzona immunohistochemicznie obecność antygenu CD30;<br>4) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego;<br>5) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;<br>6) zgoda pacjenta na stosowanie skutecznych metod zapobiegania ciąży w trakcie terapii oraz po zakończeniu leczenia zgodnie z informacjami zawartymi w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego;<br>7) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń;<br>8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystykę Produktu Leczniczego;<br>9) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii.<br>**1.2. Kryteria kwalifikacji do I linii leczenia**<br>1) wiek 18 lat i powyżej;<br>2) brak wcześniejszego leczenia układowego chłoniaka anaplastycznego z dużych komórek (sALCL).<br>**1.3. Kryteria kwalifikacji do II i kolejnych linii leczenia** | Cyklofosfamid: zalecana dawka to 750 mg/m$^2$ pc. podawana we wlewie dożylnym co 3 tygodnie.<br>Doksorubicyna: zalecana dawka to 50/m$^2$ pc. podawana we wlewie dożylnym co 3 tygodnie.<br>Prednizon: zalecana dawka to 100 mg podawana doustnie w dniach 1-5 każdego 3-tygodniowego cyklu.<br>Pacjentów należy objąć obserwacją podczas podawania i po podaniu wlewu.<br>Leczenie może trwać maksymalnie 8 cykli.<br>**1.2. *brentuksymab vedotin w monoterapii***<br>Dorośli:<br>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.<br>Jeśli masa ciała pacjenta przekracza 100 kg, do obliczenia dawki należy przyjąć 100 kg.<br>Dzieci:<br>Zalecana dawka brentuksymabu vedotin u pacjentów w wieku poniżej 18 roku życia wynosi 1,8 mg/kg podawana we wlewie | 7) badanie obrazowe: tomografia komputerowa (TK) lub tomografia emisyjna pozytonowa (PET/TK).<br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>**2.1.** badania wykonywane przed każdym podaniem leku:<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) stężenie kreatyniny;<br>3) aktywność AST i ALT, stężenie bilirubiny całkowitej;<br>4) stężenie glukozy we krwi.<br>**2.2.** badania pozwalające na ocenę skuteczności leczenia – badania obrazowe TK lub PET/TK zmian opisywanych w badaniu kwalifikującym do programu wykonywane:<br>1) po 3. lub po 4. cyklu leczenia i po zakończeniu leczenia oraz w razie klinicznego podejrzenia progresji choroby – w przypadku terapii w I linii leczenia;<br>2) po 2. i 8. cyklu leczenia lub w razie klinicznego podejrzenia progresji lub nawrotu choroby wymagającego potwierdzenia takimi badaniami – w przypadku terapii w II i kolejnych liniach leczenia.<br>Kryteria odpowiedzi na leczenie brentuksymabem vedotin – należy stosować według aktualnych rekomendacji. |

| | | |
|---|---|---|
| 1) oporność na leczenie lub nawrót po leczeniu układowego chłoniaka anaplastycznego z dużych komórek (sALCL).<br><br>**1.4.** Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>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:<br>1) *brentuksymabem vedotin w skojarzeniu z cyklofosfamidem, doksorubicyną i prednizonem (CHP)* – leczenie trwa maksymalnie do 8 cykli;<br>2) *brentuksymabem vedotin w monoterapii* – leczenie trwa maksymalnie do 16 cykli.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) brak skuteczności terapii definiowany jako:<br>a) progresja choroby w trakcie leczenia nie wcześniej niż po 2 cyklach leczenia – w przypadku terapii w I linii leczenia,<br>b) progresja choroby w trakcie leczenia nie wcześniej niż po 2 cyklach leczenia, albo brak częściowej odpowiedzi po 8 cyklach leczenia albo nawrót choroby w trakcie trwania leczenia – w przypadku terapii w II lub kolejnych liniach leczenia;<br>2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku;<br>3) toksyczność według WHO powyżej 3; | dożylnym trwającym 30 minut co 3 tygodnie lub 1,2 mg/kg m.c. (max. 120 mg) co 7 lub 14 dni.<br>Pacjentów należy objąć obserwacją podczas podawania i po podaniu wlewu.<br>Pacjenci, u których nastąpiła stabilizacja choroby lub poprawa stanu powinni otrzymać maksymalnie do szesnastu cykli leczenia (w ciągu około roku).<br><br>**2. Modyfikacja dawkowania leków**<br>Modyfikacja dawkowania zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku. | **3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) 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) pogorszenie stanu pacjenta o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;<br>5) ciąża lub karmienie piersią;<br>6) rezygnacja pacjenta. | | |

Załącznik B.67.

# LECZENIE IMMUNOGLOBULINAMI CHORÓB NEUROLOGICZNYCH (ICD-10: G61.8, G62.8, G63.1, G70, G04.8, G73.1, G73.2, G72.4, G61.0, G36.0, G25.82, M33.0, M33.1, M33.2)

<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:<br>1) immunoglobuliną ludzką normalną,<br>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.<br><br>1. Kryteria kwalifikacji<br>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.<br>Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria odpowiednio w następujących rozpoznaniach:<br><br>1.1. Przewlekła zapalna polineuropatia demielinizacyjna (CIDP)<br>1) potwierdzona:<br>a) badaniem EMG (wymóg neurografii) co najmniej 4 nerwów,<br>b) badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego;<br>2) przy braku skuteczności leczenia kortykosteroidami lub przy występujących przeciwskazaniach do ich stosowania.<br><br>1.2. Wieloogniskowa neuropatia ruchowa (MMN)<br>1) potwierdzona badaniem EMG (wymóg neurografii) co najmniej 6 nerwów;<br>2) w przypadku postępującej niesprawności ruchowej.</td>
<td>1. Dawkowanie immunoglobuliny dożylnej:<br>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.<br>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.<br>W przypadku terapii podtrzymującej MMN, CIDP, miopatii zapalnych i SPS dawkowanie ustala się indywidualnie.<br><br>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:<br>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:<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),;<br>3) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST),;<br>4) oznaczanie poziomu immunoglobulin i podklas IgA lub swoistych przeciwciał;<br>5) proteinogram;<br>6) EMG;<br>7) rezonans magnetyczny;<br>8) badanie płynu mózgowo-rdzeniowego;<br>9) oznaczenie przeciwciał przeciwnowotworowych;<br>10) oznaczenie przeciwciał przeciwko akwaporynie 4 (AQP4);<br>11) wzrokowe potencjały wywołane;<br>12) oznaczenie przeciwciał anty-NMDA;<br>13) konsultacja ginekologiczna u kobiet;<br>14) inne badania w kierunku procesów nowotworowych;<br>15) w przypadku kwalifikacji do SPS oznaczenie przeciwciał anty-GAD.</td>
</tr>
</table>

| | | |
|---|---|---|
| **1.3. Miastenia (MG)**<br>przy jednoczesnym wystąpieniu jednego z poniższych punktów:<br>1) pojemność życiowa niższa lub równa 20ml/kg m.c;<br>2) retencja $CO_2$ (ciśnienie parcjalne powyżej 45 mmHg);<br>3) spadki saturacji pomimo pełnej suplementacji tlenem $SpO_2$ poniżej 93%;<br>4) narastanie zaburzeń oddechowych wymagających mechanicznej wentylacji lub narastający zespół opuszkowy;<br>5) brak skuteczności leczenia kortykosteroidami lub przeciwskazania do ich stosowania;<br>6) terapia pomostowa przed zabiegiem operacyjnym;<br>7) nasilenie objawów miastenii w okresie ciąży.<br><br>**1.4. Zespoły paranowotworowe: zespół miasteniczny Lamberta-Eatona, zapalenie układu limbicznego, polineuropatia ruchowa lub ruchowo-czuciowa**<br>udokumentowane co najmniej dwoma z trzech niżej wymienionych badań dodatkowych:<br>1) badanie przeciwciał przeciwnowotworowych;<br>2) badanie neurofizjologiczne;<br>3) rezonans magnetyczny;<br>4) przy braku skuteczności leczenia kortykosteroidami lub przy występujących przeciwskazaniach do ich stosowania.<br><br>**1.5. Miopatie zapalne: zapalenie skórno-mięśniowe oraz zapalenie wielomięśniowe**<br>w przypadku nieskutecznego leczenia kortykosteroidami.<br><br>**1.6. Zespół Guillain-Barre**<br>w przypadku wystąpienia jednego z poniższych objawów:<br>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.<br>Może być konieczne dostosowanie dawki w celu osiągnięcia oczekiwanej odpowiedzi klinicznej. Indywidualna odpowiedź kliniczna pacjenta powinna stanowić podstawę do ustalania odpowiedniej dawki.<br>W przypadku pogorszenia stanu klinicznego dawkę można zwiększyć do zalecanej maksymalnej dawki 0,4 g./kg mc. na tydzień.<br><br>Immunoglobulina podskórna wydawana jest do domu przez placówki realizujące program lekowy.<br>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:<br>a) pacjent odbywa minimum dwie wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku,<br>b) wizyty mają na celu edukację pacjenta w zakresie podawania immunoglobuliny podskórnej - samodzielnego lub przez opiekuna,<br>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.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>**2.1. Badania przeprowadzane przed pierwszym podaniem immunoglobuliny dożylnej:**<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) oznaczenie poziomu kinazy kreatynowej;<br>3) oznaczenie aktywności ALT,<br>4) oznaczenie aktywności AST;<br>5) proteinogram;<br>6) oznaczanie poziomu immunoglobulin i podklas IgA lub swoistych przeciwciał.<br><br>**2.2. Badania przeprowadzane przed kolejnym podaniem immunoglobuliny dożylnej:**<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) oznaczenie poziomu kinazy kreatynowej;<br>3) oznaczenie aktywności ALT,<br>4) oznaczenie aktywności AST;<br>oraz do decyzji lekarza:<br>5) proteinogram;<br>6) oznaczanie poziomu immunoglobulin i podklas IgA lub swoistych przeciwciał.<br>Należy także ocenić:<br>7) skuteczność zastosowanej terapii podczas każdego cyklu leczenia na podstawie wyników oceny klinicznej.<br>**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;<br>3) dyzartia;<br>4) dysfagia;<br>5) zaburzenia oddechowe.<br><br>**1.7. Choroba Devica (NMO)**<br>1) potwierdzona wykonaniem:<br>a) rezonansu magnetycznego mózgu i rdzenia kręgowego,<br>b) badania potencjałów wzrokowych,<br>c) badania przeciwciał przeciwko akwaporynie 4 (AQP4),<br>d) badania płynu mózgowo-rdzeniowego;<br>2) w przypadku nieskuteczności leczenia immunosupresyjnego lub występujących przeciwskazaniach do jego zastosowania.<br><br>**1.8. Zapalenie mózgu z przeciwciałami przeciw antygenom neuronalnym**<br>1) potwierdzone wykonaniem:<br>a) rezonansu magnetycznego mózgu,<br>b) badania płynu mózgowo-rdzeniowego,<br>c) badania poziomu przeciwciał przeciw antygenom neuronalnym;<br>2) w przypadku nieskuteczności leczenia immunosupresyjnego lub występujących przeciwskazaniach do jego zastosowania.<br>**1.9. Zespół sztywności uogólnionej (SPS)**<br>1) potwierdzony:<br>a) badaniem EMG;<br>b) oznaczeniem przeciwciał przeciwko dekarboksylazie kwasu glutaminowego (przeciwciał anty-GAD);<br>2) przy braku skuteczności leczenia objawowego: baklofenem, tynidazyną benzodiazepinami i gabapentyną lub przy występujących przeciwskazaniach do ich stosowania i istotnych klinicznie objawach SPS.<br>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,<br>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.<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) oznaczenie poziomu kinazy kreatynowej;<br>3) oznaczenie aktywności ALT,<br>4) oznaczenie aktywności AST;<br>oraz do decyzji lekarza:<br>5) proteinogram;<br>6) oznaczanie poziomu immunoglobulin i podklas IgA lub swoistych przeciwciał.<br>Należy także ocenić:<br>7) skuteczność zastosowanej terapii podczas każdego cyklu leczenia na podstawie wyników oceny klinicznej.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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.<br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br>**3. Kryteria wyłączenia:**<br>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.<br>2) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;<br>3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;<br>4) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (zwaną dalej ChPL);<br>5) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;<br>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.<br>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)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW<br>W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE<br>W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr><th colspan="3">A. LECZENIE PACJENTÓW Z WYSIĘKOWYM ZWYRODNIENIEM PLAMKI ZWIĄZANYM Z WIEKIEM (nAMD)</th></tr>
<tr>
<td>Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Chorób Siatkówki, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej jako Zespół Koordynacyjny).<br>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.<br>W programie finansuje się leczenie wysiękowego zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem substancjami:<br>1) aflibercept;<br>2) brolucizumab;<br>3) farycymab;<br>4) ranibizumab.<br><br>1. Kryteria kwalifikacji<br>1) obecność aktywnej (pierwotnej lub wtórnej), klasycznej, ukrytej lub mieszanej neowaskularyzacji podsiatkówkowej (CNV) zajmującej ponad 50%</td>
<td>1. Dawkowanie<br>1.1. Zalecane dawki na jedno wstrzyknięcie doszklistkowe to 50 µl roztworu (0,05 ml), co odpowiada:<br>1) aflibercept – 2 mg;<br>2) brolucizumab – 6 mg;<br>3) farycymab – 6 mg;<br>4) ranibizumab – 0,5 mg.<br><br>1.2. Rozpoczęcie leczenia – faza nasycająca<br>Jedna iniekcja w odstępach 28 – 35 dni przez:<br>1) 3 kolejne miesiące – aflibercept, brolucizumab;<br>2) 4 kolejne miesiące – farycymab;<br>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.<br><br>1.3. Faza podtrzymująca</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji<br>1) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS;<br>2) OCT (optyczna koherentna tomografia);<br>3) fotografia dna oka;<br>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.<br>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.</td>
</tr>
</table>

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 afliberceptu, brolucizumabu, farycymabu, ranibizumabu:

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* – 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) *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;
3) *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 maksymalnie 16 tygodni i skracać minimalnie do 8 tygodni;
4) *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.

**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.

**3. Monitorowanie programu**

1) przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych w formie

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

b) obecność trwałego uszkodzenia struktury dołka, która uniemożliwia uzyskanie u pacjenta stabilizacji

**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);
5) brak aktywności choroby, tj., gdy nie stwierdza się wzrostu wielkości zmiany, nowych krwotoków lub wysięków, nawet jeżeli stale istnieją torbiele śródsiatkówkowe lub kanaliki oznaczające zmiany przewlekłe (podawanie leku można odroczyć w przypadku *aflibercept*u – od drugiego roku leczenia, a w przypadku *brolucizumabu*, *farycymabu* i *ranibizumabu* – od pierwszego roku leczenia).

O terminie podania kolejnej dawki leku po odroczeniu decyduje lekarz prowadzący – z zastrzeżeniem kryteriów wyłączenia z programu.

**1.6. Zmiana leku w programie**

W przypadku braku skuteczności dotychczasowej terapii lekarz prowadzący może zmienić dotychczas podawany lek (pod warunkiem niespełnienia kryteriów wyłączenia z programu) na lek z inną substancją czynną finansowaną w

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.

| | | |
|---|---|---|
| lub poprawy czynnościowej (istotne uszkodzenie struktury jest zdefiniowane jako obecne zwłóknienie lub atrofia w dołku albo istotna przewlekła tarczowata blizna);<br>2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;<br>3) wystąpienie działań niepożądanych związanych z lekiem, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;<br>4) czynne zakażenie oka lub jego okolic;<br>5) czynne ciężkie zapalenie wnętrza gałki;<br>6) przedarciowe odwarstwienie siatkówki lub otwór w plamce 3. lub 4. stopnia;<br>7) wystąpienie innych chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;<br>8) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualnie obowiązującą ChPL lub aktualną wiedzą medyczną;<br>9) okres ciąży lub karmienia piersią;<br>10) brak aktywnego leczenia w postaci podawania iniekcji *afliberceptu* lub *brolucizumabu* lub *farycymabu* lub *ranibizumabu* w okresie 4 miesięcy od podania ostatniej dawki leku;<br>11) brak współpracy chorego z lekarzem prowadzącym:<br>a) niestosowanie się do zaleceń (uchylanie się od wykonywania badań laboratoryjnych), | ramach programu, jednak nie wcześniej niż po 7 iniekcjach tego samego leku:<br>a) podanych w ramach programu lekowego – w przypadku pacjentów nowych,<br>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.<br><br>Za brak skuteczności terapii należy uznać:<br>c) pogorszenie ostrości wzroku w stosunku do wartości przy kwalifikacji do leczenia, przy braku spełnienia kryterium wyłączenia z programu<br>lub<br>d) utrzymującą się lub cyklicznie nawracającą aktywność choroby, tj. płyn podsiatkówkowy lub obrzęk siatkówki, przy braku spełnienia kryterium wyłączenia z programu i gdy nie doszło do nieodwracalnych zmian w plamce w postaci dominującego bliznowacenia lub zaniku. | |

| | | |
|---|---|---|
| b) nieregularne przyjmowanie leków (pominięcie 2 kolejnych dawek leku),<br>c) brak współpracy w monitorowaniu leczenia (niezgłaszanie się z powodów nieuzasadnionych na określone przez program minimum 2 kolejne punkty kontrolne). | | |
| **B. LECZENIE PACJENTÓW Z CUKRZYCOWYM OBRZĘKIEM PLAMKI (DME)** | | |
| Kwalifikacja do programu świadczeniobiorców pierwszorazowych lub leczonych wcześniej nieskutecznie przeprowadzana jest przez lekarza prowadzącego.<br>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.<br>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.<br>W programie finansuje się leczenie cukrzycowego obrzęku plamki substancjami:<br>1) *aflibercept*;<br>2) *bewacyzumab*;<br>3) *brolucizumab*; | **1. Dawkowanie leków**<br>**1.1. Zalecane dawki na jedno podanie doszklistkowe to:**<br>1) *aflibercept* – 2 mg, co odpowiada 50 µl roztworu (0,05 ml);<br>2) *bewacyzumab* – 1,25 mg, co odpowiada 50 µl roztworu (0,05 ml);<br>3) *brolucizumab* – 6 mg, co odpowiada 50 µl roztworu (0,05 ml);<br>4) *deksametazon* – 700 µg, co odpowiada jednemu implantowi doszklistkowemu;<br>5) *farycymab* – 6 mg, co odpowiada 50 µl roztworu (0,05 ml);<br>6) *ranibizumab* – 0,5 mg, co odpowiada 50 µl roztworu (0,05 ml).<br>**1.2. Rozpoczęcie leczenia – faza nasycająca**<br>Leczenie pacjentów pierwszorazowych lub leczonych wcześniej nieskutecznie rozpoczyna się od 5 dawek bewacyzumabu, podawanych w odstępach 28 – 35 dni. | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS;<br>2) OCT (optyczna koherentna tomografia);<br>3) fotografia dna oka;<br>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;<br>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 badania HbAIc (z ostatnich 6 miesięcy, uzyskanego na podstawie badania laboratoryjnego lub w postaci odczytu z elektronicznych systemów monitorowania |

4) *deksametazon* w postaci implantu doszklistkowego;

5) *farycymab*;

6) *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;
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;

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) 5 kolejnych miesięcy – *bewacyzumab*, *aflibercept*;
2) 4 kolejne miesiące – *farycymab;*
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*.

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:

1) *aflibercept* – 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

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 do 7 dni przed jego podaniem, zgodnie z harmonogramem dawkowania.

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 4 miesiące w przypadku *aflibercептu, bewacyzumabu*, *brolucizumabu*, *farycymabu, ranibizumabu* oraz którzy przed wprowadzeniem programu rozpoczęli leczenie cukrzycowego obrzęku plamki iniekcjami doszklistkowymi *aflibercептu, bewacyzumabu, brolucizumabu, farycymabu, ranibizumabu* lub *deksametazonu* w postaci implantu:

iniekcjami wynosi 4 tygodnie, a maksymalny 16 tygodni;
2) *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;
3) *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;
4) *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);
5) *farycymab* – iniekcje wykonuje się w odstępach maksymalnie co 16 tygodni, odstępy między iniekcjami można jednorazowo zwiększać o maksymalnie 4 tygodnie;
6) *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.

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 11 miesięcy dla aflibercептu, bewacyzumabu, brolucizumabu, farycymabu i ranibizumabu;
3) co 3 kolejne dawki deksametazonu.

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.

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

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*;
4) okres ciąży i karmienia piersią;
5) przedarciowe odwarstwienie siatkówki;
6) wystąpienie ogólnoustrojowej choroby uniemożliwiającej leczenie;

**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 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%.
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.

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:

1) uzyskanie poprawy;
2) stabilizację choroby;
3) 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 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

| | | |
|---|---|---|
| 7) wystąpienie w trakcie leczenia wskazań do postępowania operacyjnego (witrektomii, jaskry lub operacji zaćmy):<br>a) dominująca błona przedsiatkówkowa,<br>b) obecność aktywnych włóknisto-naczyniowych trakcji, których obkurczenie się mogłoby wpłynąć na wystąpienie odwarstwienia siatkówki,<br>c) odwarstwienie siatkówki w przebiegu retinopatii cukrzycowej,<br>d) krwotok do ciała szklistego wymagający operacji,<br>e) neowaskularyzacja tęczówki,<br>f) jaskra neowaskularna,<br>g) zaćma mająca wpływ na monitorowanie skuteczności leczenia w programie.<br>W przypadku ustąpienia zmian opisanych w pkt. 1-7 lekarz prowadzący może (nie później niż 4 miesięcy od przerwania wcześniejszego leczenia) włączyć pacjenta z powrotem do programu (po ponownym spełnieniu kryteriów kwalifikacji do programu).<br>Pacjent, który nie został ponownie zakwalifikowany do programu w ciągu 4 miesięcy od przerwania wcześniejszego leczenia zostaje wyłączony z programu.<br><br>**4. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;<br>2) wystąpienie działań niepożądanych związanych z lekiem, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; | | 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;<br>3) dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom NFZ. |

| | | |
|---|---|---|
| 3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;<br>4) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;<br>5) progresja choroby definiowana jako:<br>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<br>lub<br>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<br>lub<br>c) rozległy zanik fotoreceptorów (w OCT zanik warstw zewnętrznych siatkówki)<br>lub<br>d) rozwój w przebiegu leczenia DRIL w obszarze poddołkowym<br>lub<br>e) wystąpienie makulopatii niedokrwiennej;<br>6) brak współpracy chorego z lekarzem prowadzącym:<br>a) niestosowanie się do zaleceń (uchylanie się od wykonywania badań laboratoryjnych), | | |

| | | |
|---|---|---|
| b) nieregularne przyjmowanie leków (pominięcie 2 kolejnych dawek leku),<br>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**<br>1) wiek ≥ 18 r. ż.;<br>2) rozpoznanie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C;<br>3) obecność HCV RNA w surowicy krwi lub w tkance wątrobowej;<br>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;<br>5) potwierdzona obecność zakażenia genotypem:<br>a) 1 HCV - w przypadku kwalifikacji do terapii sofosbuwirem w skojarzeniu z ledipaswirem<br>albo<br>b) 1 lub 4 HCV - w przypadku kwalifikacji do terapii grazoprewirem w skojarzeniu z elbaswirem | **1. Sofosbuwir+ledipaswir i sofosbuwir +welpataswir** w ramach programu dawkuje się zgodnie z odpowiednimi aktualnymi na dzień wydania decyzji Charakterystykami Produktów Leczniczych.<br>**2. Grazoprewir+elbaswir** w ramach programu dawkuje się zgodnie z odpowiednią aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego.<br>**3. Glekaprewir+pibrentaswir** w ramach programu dawkuje się zgodnie z odpowiednią aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego.<br>**4. Sofosbuvir+welpataswir+woksyleprewir** w ramach programu dawkuje się zgodnie z odpowiednią aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego. | **1. Badania przy kwalifikacji do leczenia**<br>1) oznaczenie HCV RNA metodą ilościową;<br>2) morfologia krwi;<br>3) oznaczenie aktywności AlAT;<br>4) oznaczenie stężenia albumin;<br>5) oznaczenie stężenia bilirubiny;<br>6) czas lub wskaźnik protrombinowy;<br>7) oznaczenie poziomu kreatyniny;<br>8) oznaczenie przeciwciał anty-HIV;<br>9) oznaczenie antygenu HBs;<br>10) USG jamy brzusznej (jeśli nie było wykonywane w okresie ostatnich 6 miesięcy);<br>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;<br>12) oznaczenie genotypu HCV (z podtypem w przypadku genotypu 1) - jeśli nie było wykonywane wcześniej. Przy czym, dopuszczalne jest odstąpienie z oznaczania genotypu w |

albo

c) 1,2,3,4,5,6 HCV - w przypadku kwalifikacji do terapii sofosbuwirem w skojarzeniu z welpataswirem lub glekaprewirem w skojarzeniu z pibrentaswirem

albo

d) 1,2,3,4,5,6 HCV – w przypadku kwalifikacji do terapii sofosbuwirem w skojarzeniu z welpataswirem oraz woksylaprewirem w przypadku pacjentów po niepowodzeniu uprzedniej terapii inhibitorami NS5A

albo

e) 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);<br>5) ciąża lub karmienie piersią;<br>6) inne przeciwwskazania do stosowania określone w odpowiednich charakterystykach:<br>a) sofosbuwiru z ledipaswirem lub sofosbuwiru z welpataswirem lub sofosbuwiru z welpataswirem i woksylaprewirem (o ile dotyczy)<br>albo<br>b) grazoprewiru z elbaswirem (o ile dotyczy)<br>albo<br>c) glekaprewiru z pibrentaswirem (o ile dotyczy).<br><br>**3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) ujawnienie okoliczności określonych w ust. 2 (z wyłączeniem pkt 2.2) w trakcie leczenia;<br>2) działania niepożądane stosowanych w programie leków uzasadniające przerwanie leczenia:<br>– w opinii lekarza prowadzącego terapię<br>lub<br>– zgodnie z charakterystykami odpowiednich produktów leczniczych;<br>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.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) 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)

<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:<br>
1) wiek: 18 i więcej lat;<br>
2) nietrzymanie moczu z parć naglących;<br>
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;<br>
4) stan po stabilnym urazie rdzenia kręgowego lub stwardnienie rozsiane;<br>
5) niedostateczne wyniki dotychczasowego leczenia obserwowane przez minimum miesiąc, takie jak:<br>
a) pogorszenie się czynności nerek<br>lub<br>
b) przetrwałe nietrzymanie moczu z parć naglących,<br>lub<br>
c) pojawienie się zastoju w górnych drogach moczowych,<br>lub<br>
d) zwiększenie istniejącego zastoju w górnych drogach moczowych,<br>lub
</td>
<td>
1. Dawkowanie:<br><br>
Zalecana dawka inicjująca wynosi 200 jednostek toksyny botulinowej typu A jako 30 iniekcji o objętości 1 ml (~6,7 jednostek) w mięsień wypieracz.<br><br>
W przypadku dobrego efektu leczniczego należy w leczeniu podtrzymującym stosować podobne dawki leku.<br><br>
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.
</td>
<td>
1. Badania przy kwalifikacji:<br>
1) badanie fizykalne:<br>
a) badanie brzucha,<br>
b) badanie przez pochwę lub per rectum,<br>
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);<br>
2) badanie ogólne i bakteriologiczne moczu;<br>
3) oznaczenie stężenia kreatyniny;<br>
4) oznaczenie stężenia mocznika;<br>
5) dzienniczek mikcyjny (ilość, objętość, czas mikcji, ilość i natężenie parć naglących z lub bez nietrzymania moczu, ilość przyjmowanych płynów);<br>
6) pomiar objętości moczu zalegającej po mikcji (przy pomocy cewnika, aparatu USG lub aparatu typu Bladder Scan);<br>
7) inne badania urodynamiczne (głównie cystometria) celem potwierdzenia neurogennej nadreaktywności wypieracza – jeśli nie były wykonywane wcześniej.<br>
2. Monitorowanie leczenia:<br>
1) celem wizyt kontrolnych jest:<br>
a) ocena skuteczności,
</td>
</tr>
</table>

| | | |
|---|---|---|
| e) pojawienie się objawowych, nawracających zakażeń górnych dróg moczowych,<br>lub<br>nietolerancja leczenia antycholinergicznego (należy wypróbować minimum dwa leki antycholinergiczne, każdy przez minimum miesiąc):<br>a) zaburzenia rytmu serca,<br>b) zaburzenia pamięci,<br>c) zaburzenia żołądkowo-jelitowe i połykania, powodujące zaburzenia odżywiania,<br>d) zaburzenia widzenia powodujące istotne upośledzenie wzroku;<br>6) zgoda pacjenta na konieczność czystego przerywanego cewnikowania (CIC) w razie potrzeby;<br>7) negatywny wywiad w kierunku nadwrażliwości na kompleks neurotoksyny Clostridium botulinum typu A lub na którykolwiek ze składników produktu;<br>8) negatywny wywiad w kierunku:<br>a) neuropatii obwodowych,<br>b) zaburzeń przewodnictwa nerwowo-mięśniowego (myasthenia gravis, miasteniczny zespół Lamberta-Eatona);<br>9) niestosowanie aminoglikozydów, pochodnych kurary czy innych leków zaburzających przewodnictwo nerwowo-mięśniowe.<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie:**<br>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,<br>c) ocena objętości moczu zalegającego po mikcji u pacjentów niecewnikowanych,<br>d) monitorowanie w kierunku ewentualnych zakażeń dróg moczowych;<br>2) wizyty kontrolne według następującego schematu:<br>a) pierwsza wizyta po 2 tygodniach (lub wcześniej, jeżeli istnieją wskazania),<br>b) kolejne wizyty co 3 miesiące (lub wcześniej, jeżeli istnieją wskazania).<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia.<br>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.<br>3) przekazywanie informacji 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;<br>3) w sytuacji powodzenia terapii, podania toksyny botulinowej można powtarzać, jednakże nie częściej niż od 6 do 9 miesięcy.<br>**3. Kryteria wyłączenia z programu:**<br>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);<br>2) nieprowadzenie dzienniczka mikcji;<br>3) brak zgody lub przeciwwskazania do wykonania czystego przerywanego cewnikowania;<br>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**<br>1) zdiagnozowane oraz udokumentowane przewlekłe zakrzepowo-zatorowe nadciśnienie płucne (CTEPH) wg aktualnej klasyfikacji ESC/ERS,<br>2) spełnienie jednego z dwóch poniższych kryteriów:<br>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**<br>1) Badania nieinwazyjne:<br>a) ocena klasy czynnościowej według NYHA,<br>b) test 6-minutowego marszu,<br>c) oznaczenie NT-pro-BNP,<br>d) badanie echokardiograficzne.<br>2) Badania inwazyjne:<br>– 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.<br>3) Badania obrazowe:<br>a) arteriografia tętnic płucnych<br>oraz jedno z trzech niżej wymienionych badań:,<br>a) MRI,<br>b) Angio CT;<br>c) scyntygrafia płuc.<br>W przypadku uczulenia na barwnik stosowany w arteriografii lub w razie wystąpienia innych jednoznacznych przeciwskazań |

| | | |
|---|---|---|
| swoistej w nadciśnieniu płucnym)<br>lub<br>b) przetrwałe CTEPH po leczeniu chirurgicznym.<br>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.<br>3) średnie ciśnienie w tętnicy płucnej ≥25 mm Hg i naczyniowy opór płucny ≥ 240 dyn*sec*cm$^{-5}$ (lub 3 jednostki Wooda),<br>4) klasa czynnościowa: od II do III według WHO,<br>5) wiek świadczeniobiorcy: 18 lat i powyżej.<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Czas leczenia riocyguatem w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia z programu.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia i przeciwskazania do włączania do programu**<br>Wystąpienie co najmniej jednego z poniższych kryteriów:<br>1) jednoczesne podawanie z inhibitorami PDE-5 (takimi jak sildenafil, tadalafil, wardenafil),<br>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<br>a) MRI,<br>b) Angio CT;<br>c) scyntygrafia płuc.<br>W przypadkach wątpliwych może być konieczne wykonanie wszystkich powyższych badań.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>W okresie dostosowywania dawki wizyty kontrolne odbywają się co 2 tygodnie +/- 2 dni.<br>W uzasadnionych przypadkach możliwe jest przeprowadzenie wizyty dostosowującej dawkę przez lekarza w miejscu zamieszkania pacjenta o ile lekarz udokumentuje brak przeciwwskazań do eskalacji dawki.<br>Ocena skuteczności leczenia powinna być wykonywana co 3 – 6 miesięcy w stanie jak najbardziej stabilnym.<br>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).<br>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,<br>4) ciąża,<br>5) jednoczesne podawanie z azotanami lub lekami uwalniającymi tlenek azotu (takimi jak azotyn amylu) w jakiejkolwiek postaci,<br>6) pacjenci ze skurczowym ciśnieniem krwi <95 mm Hg na początku leczenia,<br>7) choroba układu oddechowego z niewydolnością oddychania (w tym zwłaszcza skłonność do retencji dwutlenku węgla) jako dominująca przyczyna nadciśnienia płucnego,<br>8) niewydolność lewej komory serca (w tym zwłaszcza z zaklinowanym ciśnieniem w tętnicy płucnej > 15 mmHg) jako dominująca przyczyna nadciśnienia płucnego,<br>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.<br><br>1) Badania nieinwazyjne:<br>a) ocena klasy czynnościowej według NYHA,<br>b) test 6-minutowego marszu,<br>c) oznaczenie NT-pro-BNP.<br>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.<br><br>2) Badania inwazyjne:<br>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:<br>– na podstawie decyzji lekarza prowadzącego jeżeli obraz kliniczny, przebieg choroby oraz panel badań są niejednoznaczne,<br>– dla celów kwalifikacji do plastyki naczyń płucnych, |

| | | |
|---|---|---|
| | | eskalacji farmakoterapii lub przeszczepu płuc, jeśli terapia taka jest rozważana i możliwa.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia,<br>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,<br>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. |

Załącznik B.75.

# LECZENIE CHORYCH NA AKTYWNĄ POSTAĆ ZIARNINIAKOWATOŚCI Z ZAPALENIEM NACZYŃ (GPA) LUB MIKROSKOPOWE ZAPALENIE NACZYŃ (MPA) (ICD-10: M31.3, M31.8)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| Pacjent jest kwalifikowany do programu przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowego zapalenia naczyń (MPA), powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) wiek 18 lat i więcej;<br>2) rozpoznanie ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowego zapalenia naczyń (MPA);<br>3) ciężka lub uogólniona postać choroby, czyli choroba przebiegająca z zagrożeniem funkcji zajętych narządów lub z zagrożeniem życia;<br>4) wysoka aktywność choroby (2.1.);<br>5) nieskuteczność lub przeciwwskazania do standardowej terapii indukującej remisję (2.2.).<br>6) brak przeciwwskazań do stosowania rytuksymabu określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego.<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br>Do programu można zakwalifikować również pacjentów z innymi niż wymienione postaciami ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń lub mikroskopowego zapalenia naczyń, niezależnie od wartości BVAS/WG i poziomu przeciwciał ANCA, które z uwagi na ciężki przebieg choroby | Dawkowanie i sposób podawania **rytuksymabu** – zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego.<br>Po indukcji remisji w wyniku stosowania rytuksymabu zalecane jest stosowanie leczenia podtrzymującego remisję.<br>Leczenie podtrzymujące rytuksymabem w ramach programu można rozpocząć po potwierdzeniu adekwatnej odpowiedzi na leczenie indukcyjne rytuksymabem (ocena przeprowadzona po 180 dniach (±14) od rozpoczęcia leczenia indukcyjnego rytuksymabem), jednak nie wcześniej niż 16 tygodni po podaniu ostatniego wlewu leku. | **1. Badania przy kwalifikacji do programu**<br>1) określenie poziomu aktywności choroby przy użyciu skali BVAS/WG;<br>2) badanie ogólne moczu;<br>3) dobowa proteinuria (jeśli dotyczy);<br>4) morfologia krwi z rozmazem;<br>5) OB;<br>6) aminotransferaza alaninowa (AlAT);<br>7) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT);<br>8) białko C-reaktywne (CRP);<br>9) kreatynina;<br>10) eGFR;<br>11) przeciwciała anty-HCV;<br>12) przeciwciała anty-HBc;<br>13) obecność antygenu HBs;<br>14) przeciwciała anty-HIV;<br>15) przeciwciała przeciw cytoplazmie granulocytów obojętnochłonnych (c-ANCA i p-ANCA);<br>16) stężenie immunoglobulin: |

| | | |
|---|---|---|
| grożą znacznym pogorszeniem stanu zdrowia - po uzyskaniu zgody Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowego zapalenia naczyń (MPA).<br><br>**2. Definicje**<br>**2.1. Wysoka aktywność choroby to:**<br>1) co najmniej 3 punkty w skali BVAS/WG, w tym występowanie co najmniej 1 objawu dużego aktywnej choroby oraz obecność przeciwciał ANCA (c-ANCA lub p-ANCA) w surowicy<br>lub<br>2) co najmniej 3 punkty w skali BVAS/WG, obecność przeciwciał ANCA (c-ANCA lub p-ANCA) w surowicy, ciężki stan ogólny chorego w ocenie lekarza oraz konieczność długotrwałego stosowania glikokortykosteroidów (min. 6 miesięcy) w dawce większej jak 10 mg na dobę w przeliczeniu na prednizon, która niesie ze sobą duże ryzyko działań niepożądanych.<br><br>**2.2. Nieskuteczność terapii standardowej to:**<br>1) brak poprawy definiowanej jako zmniejszenie aktywności choroby w skali BVAS/WG o co najmniej 50% po 3 miesiącach standardowego leczenia indukcyjnego<br>lub<br>2) utrzymywanie się aktywnej choroby definiowanej jako obecność co najmniej 1 dużego lub 3 małych objawów aktywnej choroby w skali BVAS/WG po 6 miesiącach standardowego leczenia indukcyjnego<br>lub<br>3) wczesny nawrót choroby definiowany jako nawrót dotychczasowych objawów lub wystąpienie nowych potwierdzony wzrostem aktywności choroby w skali BVAS/WG ≥ 3 w trakcie | | a) IgG,<br>b) IgM,<br>c) IgA;<br>17) EKG;<br>18) RTG lub TK klatki piersiowej (do 1 miesiąca przed kwalifikacją);<br>19) Quantiferon w kierunku zakażenia prątkiem gruźlicy.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia rytuksymabem**<br>**2.1. Pacjenta poddaje się ocenie bezpieczeństwa i skuteczności terapii po 90 i 180 dniach (+/- 14 dni) od rozpoczęcia leczenia indukcyjnego rytuksymabem wykonując następujące badania:**<br>1) badanie ogólne moczu;<br>2) morfologia krwi z rozmazem;<br>3) aminotransferaza alaninowa (AlAT);<br>4) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT);<br>5) eGFR;<br>6) kreatynina.<br>**2.2. Oprócz badań wymienionych w pkt 2.1 po 180 dniach (+/- 14 dni) od rozpoczęcia leczenia indukcyjnego rytuksymabem należy wykonać następujące badania:**<br>1) określenie poziomu aktywności choroby przy użyciu skali BVAS/WG;<br>2) dobowa proteinuria (jeśli dotyczy);<br>3) OB;<br>4) białko C-reaktywne (CRP); |

| | | |
|---|---|---|
| pierwszych 6 miesięcy standardowego leczenia podtrzymującego remisję<br>lub<br>4) częste nawroty choroby definiowane jako przynajmniej jedno zaostrzenie w czasie ostatnich 12 miesięcy standardowego leczenia podtrzymującego, którego nie daje się opanować zwiększeniem dawek leków stosowanych w terapii podtrzymującej do rekomendowanych.<br><br>**2.3. Standardowe leczenie indukujące remisję to:**<br>1) cyklofosfamid podawany doustnie w dawce 2 mg/kg/dobę (max. 200 mg/dobę) przez 3-6 miesięcy<br>lub<br>2) cyklofosfamid podawany dożylnie w pulsach po 0,75 g/m$^2$ powierzchni ciała co 4 tygodnie przez 6 miesięcy<br>lub<br>3) cyklofosfamid podawany dożylnie w pulsach 15 mg/kg masy ciała (max. 1,2 g; 3 pulsy co 2 tygodnie, następnie 3-6 pulsów co 3 tygodnie)<br>- w skojarzeniu z odpowiednimi dawkami glikokortykosteroidów.<br>Dawki cyklofosfamidu mogą być odpowiednio zmodyfikowane w przypadku:<br>a) upośledzenia funkcji nerek<br>lub<br>b) wieku > 60 lat<br>lub<br>c) polekowej cytopenii.<br><br>**2.4. Leczenie podtrzymujące remisję to:** | | 5) przeciwciała przeciw cytoplazmie granulocytów obojętnochłonnych (c-ANCA i p-ANCA);<br>6) stężenie immunoglobulin:<br>a) IgG,<br>b) IgM,<br>c) IgA;<br>7) EKG;<br>8) RTG klatki piersiowej lub TK klatki piersiowej (do decyzji lekarza).<br>**2.3.** W trakcie leczenia podtrzymującego rytuksymabem pacjenta poddaje się ocenie bezpieczeństwa i skuteczności terapii co 180 dni (+/- 14 dni) od rozpoczęcia leczenia podtrzymującego rytuksymabem wykonując badania opisane w pkt. 2.1 oraz 2.2.<br><br>**3. Badania przy wznowieniu leczenia rytuksymabem**<br>1) określenie poziomu aktywności choroby przy użyciu skali BVAS/WG;<br>2) badanie ogólne moczu;<br>3) dobowa proteinuria (jeśli dotyczy);<br>4) morfologia krwi z rozmazem;<br>5) OB;<br>6) aminotransferaza alaninowa (AlAT);<br>7) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT);<br>8) białko C-reaktywne (CRP);<br>9) kreatynina;<br>10) eGFR; |

| | | |
|---|---|---|
| 1) azatiopryna w dawce 2 mg/kg/dobę<br>lub<br>2) metotreksat w dawce 25 mg/tydzień<br>lub<br>3) leflunomid w dawce 20 mg/dobę<br>lub<br>4) mykofenolan mofetylu w dawce 3 g/dobę<br>lub<br>5) rutyksymab w leczeniu podtrzymującym należy podawać w dwóch wlewach dożylnych po 500 mg w odstępie dwóch tygodni, po których podaje się wlew dożylny 500 mg co 6 miesięcy. Pacjenci powinni otrzymywać rytuksymab przez co najmniej 24 miesiące po osiągnieciu po osiągnieciu adekwatnej odpowiedzi na leczenie indukcyjne rytuksymabem (brak klinicznych objawów przedmiotowych i podmiotowych). W przypadku pacjentów mogących podlegać większemu ryzyku nawrotu, lekarze powinni rozważyć dłuższy, trwający do 5 lat, czas leczenia podtrzymującego rytuksymabem.<br>- jeśli nie ma przeciwwskazań i zalecane dawki są dobrze tolerowane; w skojarzeniu z małymi dawkami glikokortykosteroidów (prednizon ≤7,5 mg/dobę).<br><br>**2.5. Przeciwwskazania do standardowej terapii indukującej remisję to:**<br>1) nadwrażliwość na cyklofosfamid;<br>2) udokumentowane działania niepożądane cyklofosfamidu;<br>3) choroby powodujące zastój w drogach żółciowych;<br>4) czynne zakażenia;<br>5) ciąża. | | 11) przeciwciała anty-HCV;<br>12) obecność antygenu HBs;<br>13) przeciwciała przeciw cytoplazmie granulocytów obojętnochłonnych (c-ANCA i p-ANCA);<br>14) stężenie immunoglobulin:<br>a) IgG,<br>b) IgM,<br>c) IgA;<br>15) EKG;<br>16) RTG lub TK klatki piersiowej (do 3 miesiąca przed podaniem leku).<br><br>Na podstawie wyników badań zgromadzonych w SMPT, w celu monitorowania skuteczności leczenia Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowego zapalenia naczyń (MPA) dokonuje analizy wskaźników odpowiedzi na leczenie, w tym:<br>– adekwatna odpowiedź na leczenie indukcyjne rytuksymabem<br>– adekwatna odpowiedź na leczenie podtrzymujące rytuksymabem<br>Dane gromadzone są w SMPT i analizowane przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowego zapalenia naczyń (MPA), który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. |

| | | |
|---|---|---|
| **2.6. Adekwatna odpowiedź na leczenie to:**<br>1) w przypadku leczenia indukcyjnego rytuksymabem – brak klinicznych objawów aktywnej choroby, definiowany jako BVAS/WG = 0, stwierdzony podczas wizyty monitorującej skuteczność leku po 180 (+/- 14) dniach od rozpoczęcia leczenia indukcyjnego;<br>2) w przypadku leczenia podtrzymującego rytuksymabem – brak klinicznych objawów aktywnej choroby, definiowany jako BVAS/WG = 0, stwierdzany podczas wizyt monitorujących skuteczność leku co 180 (+/- 14) dni od rozpoczęcia do zakończenia leczenia podtrzymującego rytuksymabem.<br><br>**3. Kryteria włączenia do programu pacjentów leczonych uprzednio w ramach jednorodnych grup pacjentów**<br>Do programu włączani są pacjenci, którzy byli uprzednio leczeni rytuksymabem w ramach hospitalizacji według jednorodnych grup pacjentów (JGP), pod warunkiem, że spełniali kryteria włączenia do programu przed zastosowaniem leku, wykazano w tym czasie skuteczność podawanego leku zgodnie z kryteriami programu i włączenie do programu będzie umożliwiać zachowanie ciągłości leczenia.<br>W przypadku przerwy w leczeniu dłuższej niż 6 miesięcy chory wymaga ponownej kwalifikacji do programu.<br><br>**4. Kryteria zakończenia leczenia w programie**<br>1) brak adekwatnej odpowiedzi na leczenie indukcyjne rytuksymabem po 180 dniach (±14) od podania;<br>2) w przypadku skutecznego leczenia indukcyjnego rytuksymabem z następowym leczeniem podtrzymującym lekiem innym niż | | **4. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolera Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT), w tym wskaźniki odpowiedzi na leczenie, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;<br>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej), zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ. |

| | | |
|---|---|---|
| rytuksymab - uzyskanie adekwatnej odpowiedzi na leczenie po 180 dniach (±14) od rozpoczęcia terapii indukcyjnej rytuksymabem;<br>3) w przypadku skutecznego leczenia indukcyjnego i podtrzymującego rytuksymabem - uzyskanie adekwatnej odpowiedzi na leczenie indukcyjne rytuksymabem po 180 dniach (±14) od jego rozpoczęcia i utrzymanie adekwatnej odpowiedzi po każdych 180 dniach (±14) od rozpoczęcia do zakończenia leczenia podtrzymującego rytuksymabem;<br>4) w przypadku skutecznego leczenia indukcyjnego rytuksymabem i nieskutecznego następowego leczenia podtrzymującego rytuksymabem - uzyskanie adekwatnej odpowiedzi na leczenie indukcyjne rytuksymabem po 180 dniach (±14) od jego rozpoczęcia i nawrót aktywnej choroby po okresie remisji, wymagający zastosowania leczenia indukcyjnego, do którego doszło w trakcie terapii podtrzymującej rytuksymabem;<br>5) pojawienie się przeciwwskazań do stosowania rytuksymabu określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego.<br><br>**5. Kryteria wznowienia leczenia pacjentów w programie**<br>1) pacjent, u którego zakończono leczenie w programie z powodu spełnienia kryteriów adekwatnej odpowiedzi na leczenie indukcyjne lub podtrzymujące rytuksymabem (zgodnie z kryteriami zakończenia leczenia w programie opisanymi w pkt. 4.2 lub pkt 4.3.), a u którego stwierdzono nawrót choroby (wzrost w skali BVAS/WG do wartości co najmniej 3 punktów), może mieć wznowione leczenie w programie bez wstępnej kwalifikacji;<br>2) pacjent, u którego zakończono leczenie w programie z innych powodów niż spełnienie kryteriów adekwatnej odpowiedzi na leczenie (w tym zgodnie z kryteriami zakończenia leczenia w programie opisanymi w pkt. 4.1. lub 4.4.), u którego stwierdzono | | |

| | | |
|---|---|---|
| nawrót choroby (wzrost w skali BVAS/WG do wartości co najmniej 3 punktów) musi przejść ponowną kwalifikację do programu;<br>3) do programu włącza się, bez konieczności ponownej kwalifikacji, w celu zapewnienia kontynuacji terapii pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą oraz okresem karmienia piersią. | | |

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.<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br>Do programu kwalifikowani są pacjenci z potwierdzonym rozpoznaniem tyrozynemii typu 1 (HT-1).<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia**<br><br>1) wystąpienie nadwrażliwości na nityzynon lub substancję pomocniczą;<br>2) wystąpienie działań niepożądanych w trakcie stosowania nityzynonu;<br>3) brak skuteczności leczenia;<br>4) przeszczepienie wątroby; | **1. Dawkowanie nityzynonu**<br>Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania prowadzone są zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego. | **1. Badania przy kwalifikacji do leczenia**<br>1) oznaczenie profilu kwasów organicznych w moczu metodą chromatografii gazowej sprzężonej ze spektrometrią masową (GC/MS) na obecność bursztynyloacetonu;<br>2) oznaczenie bursztynyloacetonu w „suchej" kropli krwi metodą tandemowej spektrometrii mas;<br>3) oznaczenie poziomu alfa-fetoproteiny<br>4) oznaczenie ilościowe stężenia aminokwasów w osoczu;<br>5) morfologia krwi, z płytkami krwi;<br>6) AlAT, AspAT;<br>7) bilirubina całkowita i frakcje;<br>8) fosfataza alkaliczna;<br>9) GGTP;<br>10) INR;<br>11) czas protrombinowy;<br>12) APPT;<br>13) białko całkowite, albuminy we krwi;<br>14) gazometria;<br>15) sód, potas, chlorki we krwi;<br>16) wapń, fosfor we krwi i moczu;<br>17) mocznik, kreatynina we krwi;<br>18) kwas moczowy we krwi i moczu;<br>19) kreatynina w moczu;<br>20) USG jamy brzusznej, z oceną wątroby;<br>21) badanie oczu z użyciem lampy szczelinowej; |

| | | |
|---|---|---|
| 5) inne przeciwskazania określone w Charakterystyce Produktu Leczniczego;<br>6) brak współpracy pacjenta przy realizacji programu. | | 22) konsultacja dietetyczna.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>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:<br>1) oznaczenie bursztynyloacetonu w „suchej" kropli krwi metodą tandemowej spektrometrii mas;<br>2) oznaczenie poziomu alfa-fetoproteiny;<br>3) oznaczenie ilościowe stężenia aminokwasów w osoczu;<br>4) morfologia krwi, z płytkami krwi;<br>5) AlAT, AspAT;<br>6) bilirubina całkowita i frakcje;<br>7) fosfataza alkaliczna;<br>8) GGTP;<br>9) INR;<br>10) czas protrombinowy;<br>11) APPT;<br>12) białko całkowite, albuminy we krwi;<br>13) gazometria;<br>14) sód, potas, chlorki we krwi;<br>15) wapń, fosfor we krwi i moczu;<br>16) mocznik, kreatynina we krwi;<br>17) kwas moczowy we krwi i moczu;<br>18) kreatynina w moczu;<br>19) USG jamy brzusznej, z oceną wątroby;<br>20) badanie oczu z użyciem lampy szczelinowej;<br>21) konsultacja dietetyczna. |

| | | |
|---|---|---|
| | | W przypadku wystąpienia ryzyka raka wątrobowokomórkowego konieczne jest częstsze monitorowanie wraz z wykonaniem rezonansu magnetycznego jamy brzusznej.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) przekazywanie informacji 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:<br>1) pacjentom z nieleczonym uprzednio chłoniakiem Hodgkina w I linii leczenia:<br>*a) brentuksymab vedotin w skojarzeniu z doksorubicyną, winblastyną i dakarbazyną (AVD);*<br>2) pacjentom z opornym lub nawrotowym chłoniakiem Hodgkina:<br>*a) brentuksymab vedotin w monoterapii,*<br>*b) niwolumab w monoterapii.*<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br>Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2. albo 1.3.) dla poszczególnych terapii.<br>**1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji**<br>1) stan sprawności 0-2 według skali ECOG;<br>2) potwierdzony histologicznie klasyczny chłoniak Hodgkina;<br>3) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; | **1. Dawkowanie leków**<br>**1.1. Dawkowanie w I linii leczenia**<br>**1.1.1. *brentuksymab vedotin w skojarzeniu z AVD***<br>Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie).<br>*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.<br>Jeśli masa ciała pacjenta przekracza 100 kg, do obliczenia dawki należy przyjąć 100 kg.<br>*Doksorubicyna*: zalecana dawka wynosi 25 mg/m$^2$ p.c. podawana we wlewie dożylnym w 1. i 15. dniu każdego cyklu 1-6.<br>*Winblastyna*: zalecana dawka wynosi 6 mg/m$^2$ p.c. podawana we wlewie dożylnym w 1. i 15. dniu każdego cyklu 1-6.<br>*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**<br>1) badanie histopatologiczne w celu potwierdzenia rozpoznania chłoniaka Hodgkina wraz z badaniem immunohistochemicznym potwierdzającym obecność antygenu CD30 – w przypadku kwalifikacji do I linii leczenia;<br>2) badanie obrazowe: tomografia komputerowa (TK) lub tomografia emisyjna pozytonowa (PET/TK) dokumentująca zmiany: szyi, klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy mniejszej;<br>3) udokumentowanie obecności antygenu CD30 w tkance chłoniaka badaniem immunohistochemicznym – w przypadku terapii *brentuksymabem vedotin* w opornym lub nawrotowym chłoniaku Hodgkina;<br>4) morfologia krwi z rozmazem;<br>5) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;<br>6) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej;<br>7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);<br>8) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);<br>9) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym);<br>10) 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;<br>5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego;<br>6) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;<br>7) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;<br>8) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń.<br><br>**1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii w I linii leczenia**<br>**1.2.1. *brentuksymab vedotin w skojarzeniu z AVD***<br>1) wiek 18 lat i powyżej;<br>2) brak wcześniejszego leczenia chłoniaka Hodgkina;<br>3) rozpoznanie chłoniaka Hodgkina w IV stadium zaawansowania.<br><br>**1.3. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia chorych na opornego lub nawrotowego chłoniaka Hodgkina**<br>**1.3.1. *brentuksymab vedotin w monoterapii***<br>Do leczenia *brentuksymabem vedotin* w ramach programu kwalifikują się pacjenci spełniający poniższe kryterium 1) albo 2):<br>1) stwierdzony nawrót lub oporność na leczenie:<br>a) po przeszczepieniu autologicznych komórek macierzystych szpiku (auto-HSCT)<br>lub | Pacjentów należy objąć obserwacją podczas podawania i po podaniu wlewu.<br>Profilaktyka ze wspomaganiem czynnikiem wzrostu (G-CSF) jest zalecana od podania pierwszej dawki zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.<br><br>**1.2. Dawkowanie w leczeniu chorych na opornego lub nawrotowego chłoniaka Hodgkina**<br>**1.2.1. *brentuksymab vedotin w monoterapii***<br>Każdy cykl trwa 21 dni (3 tygodnie).<br><u>Dorośli:</u> Zalecana dawka *brentuksymabu vedotin* u pacjentów w wieku 18 lat i powyżej wynosi 1,8 mg/kg mc. podawana we wlewie dożylnym trwającym 30 minut co 3 tygodnie.<br>Jeśli masa ciała pacjenta przekracza 100 kg, do obliczenia dawki należy przyjąć 100 kg.<br><u>Dzieci:</u> Zalecana dawka *brentuksymabu vedotin* u pacjentów w wieku poniżej 18 roku życia wynosi 1,8 mg/kg mc. podawana we wlewie dożylnym trwającym 30 minut co 3 tygodnie lub 1,2 mg/kg mc. (max. 120 mg) co 7 lub 14 dni.<br><br>Pacjentów należy objąć obserwacją podczas podawania i po podaniu wlewu.<br>Pacjenci, u których nastąpiła stabilizacja choroby lub poprawa stanu powinni otrzymać maksymalnie do szesnastu cykli leczenia (w ciągu około roku). | 11) oznaczenie stężenia TSH – w przypadku terapii *niwolumabem w monoterapii*.<br><br>**2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia**<br>**2.1. *brentuksymab vedotin w skojarzeniu z AVD* lub *brentuksymab vedotin w monoterapii***<br>Badania wykonywane przed każdym podaniem *brentuksymabu vedotin*:<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;<br>3) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej;<br>4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);<br>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);<br>6) oznaczenie stężenia glukozy we krwi.<br><br>**2.2. *niwolumab w monoterapii***<br>Badania wykonywane co 6-12 tygodni lub częściej w zależności od sytuacji klinicznej:<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;<br>3) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej;<br>4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);<br>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);<br>6) oznaczenie stężenia TSH;<br>7) oznaczenie stężenie sodu;<br>8) oznaczenie stężenia potasu; |

| | | |
|---|---|---|
| b) po uprzednim zastosowaniu co najmniej dwóch linii leczenia, w przypadku, gdy auto-HSCT lub wielolekowa chemioterapia nie stanowi opcji leczenia,<br>albo<br>2) po auto-HSCT ze zwiększonym ryzykiem nawrotu lub progresji choroby, definiowanym jako obecność co najmniej jednego z poniższych czynników ryzyka:<br>a) oporność na pierwszą linię leczenia;<br>b) nawrót do 12 miesięcy od zakończenia pierwszej linii leczenia;<br>c) zajęcie tkanki pozawęzłowej w nawrocie choroby przed auto-HSCT<br>(pierwsza dawka brentuksymabu powinna być podana między 30. a 45. dniem po auto-HSCT).<br><br>**1.3.2. *niwolumab w monoterapii***<br>1) wiek 12 lat i powyżej;<br>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;<br>3) brak aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu I, niedoczynności tarczycy (leczonej wyłącznie suplementacją hormonalną), łuszczycy, bielactwa.<br><br>**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***<br>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.<br>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).<br><br>Pacjentów należy objąć obserwacją podczas podawania i po podaniu wlewu.<br><br>**2. Modyfikacja dawkowania leków**<br>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.<br>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. | 9) oznaczenie stężenia wapnia.<br><br>**3. Monitorowanie skuteczności leczenia**<br>1) TK (zmian opisywanych w badaniu kwalifikującym do programu) lub PET/TK.<br>Badanie wykonuje się:<br>a) w przypadku terapii *brentuksymab w skojarzeniu z AVD* – po 6. cyklu leczenia lub w razie klinicznego podejrzenia progresji lub nawrotu choroby;<br>b) w przypadku terapii *brentuksymab w monoterapii* – po 2. i 8. cyklu leczenia lub w razie klinicznego podejrzenia progresji lub nawrotu choroby;<br>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.<br>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.<br>Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzana zgodnie z aktualnymi rekomendacjami.<br><br>**4. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; |

| | | |
|---|---|---|
| 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.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>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:<br>1) *brentuksymabem vedotin w skojarzeniu z AVD* – leczenie może trwać maksymalnie do 6 cykli;<br>2) *brentuksymabem vedotin w monoterapii* – leczenie może trwać maksymalnie do 16 cykli podanych w ciągu około roku.<br>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.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) progresja choroby podczas leczenia nie wcześniej niż po dwóch cyklach leczenia;<br>2) nawrót choroby w trakcie trwania leczenia;<br>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);<br>4) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; | | 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród:<br>a) przy monitorowaniu skuteczności leczenia za pomocą badania PET-TK:<br>– całkowita metaboliczna remisja (CMR),<br>– brak całkowitej metabolicznej remisji:<br>i. częściowa metaboliczna remisja (PMR),<br>ii. stabilizacja metaboliczna (SMD),<br>iii. progresja metaboliczna (PMD),<br>– przeżycie bez progresji choroby (PFS),<br>– przeżycie całkowite (OS);<br>b) przy monitorowaniu skuteczności leczenia za pomocą badania TK:<br>– całkowita odpowiedź (CR),<br>– częściowa odpowiedź (PR),<br>– choroba stabilna (SD),<br>– brak odpowiedzi (NR),<br>– progresja choroby (PD),<br>– przeżycie bez progresji choroby (PFS),<br>– przeżycie całkowite (OS);<br>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej |

| | | |
|---|---|---|
| 5) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności według kryteriów CTC (Common Toxity Criteria), pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;<br>6) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia;<br>7) okres ciąży lub karmienie piersią;<br>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. | | lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ. |

Załącznik B.79.

# LECZENIE CHORYCH NA PRZEWLEKŁĄ BIAŁACZKĘ LIMFOCYTOWĄ (ICD-10: C91.1)

<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 przewlekłą białaczkę limfocytową udostępnia się poniższe terapie, w pierwszej i kolejnych liniach leczenia, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami:<br>1) w 1. linii leczenia:<br>a) pacjentom z delecją 17p (del17p) / mutacją w genie TP53 (mutTP53) lub niezmutowanym statusem IgHV:<br>– ibrutynib w monoterapii<br>albo<br>– akalabrutynib w monoterapii;<br>b) pacjentom bez względu na status delecji 17p (del17p) / mutacji w genie TP53 (mutTP53):<br>– obinutuzumab w skojarzeniu z chlorambucylem<br>albo<br>– wenetoklaks w skojarzeniu z obinutuzumabem<br>albo<br>– zanubrutynib w monoterapii<br>albo<br>– ibrutynib w skojarzeniu z wenetoklaksem;<br>2) w 2. lub kolejnych liniach leczenia:</td>
<td>1. Dawkowanie:<br>1.1. ibrutynib w monoterapii<br>Zalecana dawka ibrutynibu wynosi 420 mg podawana 1 raz na dobę.<br><br>1.2. akalabrutynib w monoterapii<br>Zalecana dawka akalabrutynibu wynosi 100 mg podawana dwa razy na dobę (co odpowiada całkowitej dawce dobowej 200 mg).<br>Odstęp pomiędzy kolejnymi dawkami powinien wynosić około 12 godzin.<br><br>1.3. obinutuzumab w skojarzeniu z chlorambucylem<br>Obinutuzumab w cyklu 1.: zalecana dawka to 1000 mg, w dniach 1., 2. (kontynuacja dnia 1.), 8. i 15. pierwszego 28-dniowego cyklu leczenia.<br>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,</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji<br>1) badania niezbędne do ustalenia rozpoznania przewlekłej białaczki limfocytowej, o ile nie były wykonywane wcześniej:<br>a) badanie na obecność antygenu CD20 (szczególnie przy stosowaniu terapii z przeciwciałami anty-CD20),<br>b) morfologia krwi obwodowej z rozmazem,<br>c) badanie na obecność delecji 17p (del17p) lub mutacji w genie TP53 (mutTP53) lub statusu mutacji w genach IgHV, zgodnie z kryteriami włączenia do poszczególnych schematów leczenia,<br>d) ocena wydolności nerek i wątroby:<br>– oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,<br>– oznaczenie wskaźnika eGFR,<br>– oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi,<br>– oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH),<br>– oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),<br>– oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi,</td>
</tr>
</table>

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;<br>8) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z odpowiednią, aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;<br>9) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń;<br>10) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o odpowiednie, aktualne Charakterystyki Produktu Leczniczego;<br>11) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii.<br><br>**1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii w 1. linii leczenia**<br>**1.2.1. *ibrutynib w monoterapii***<br>1) brak wcześniejszego leczenia przewlekłej białaczki limfocytowej;<br>2) udokumentowana obecność delecji 17p (del17p) / mutacji w genie *TP53* (mut*TP53*) lub niezmutowanego statusu *IgHV*.<br><br>**1.2.2. *akalabrutynib w monoterapii***<br>1) brak wcześniejszego leczenia przewlekłej białaczki limfocytowej;<br>2) udokumentowana obecność delecji 17p (del17p) / mutacji w genie *TP53* (mut*TP53*) lub niezmutowanego statusu *IgHV*.<br><br>**1.2.3. *obinutuzumab w skojarzeniu z chlorambucylem***<br>1) brak wcześniejszego leczenia przewlekłej białaczki limfocytowej CD20+;<br>2) wyniki parametrów: | Tydzień 4 – zalecana dawka *wenetoklaksu*: doustnie 200 mg na dobę w jednej dawce.<br>Tydzień 5 i kolejne – zalecana dawka *wenetoklaksu*: doustnie 400 mg na dobę w jednej dawce.<br>*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).<br>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.<br>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.<br>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***<br>1) badanie wykonywane 1 raz w miesiącu przez pierwsze 6 miesięcy terapii, a następnie co najmniej 1 raz na 3 miesiące:<br>a) morfologia krwi obwodowej z rozmazem;<br>2) badania wykonywane co 3 miesiące:<br>a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),<br>b) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;<br>3) zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego okresowe badania:<br>a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi u chorych z zaburzeniami czynności nerek,<br>b) elektrokardiografia (EKG) w celu wykrycia migotania przedsionków.<br>Dopuszczalne jest częstsze monitorowanie w zależności od wskazań klinicznych.<br><br>**2.2. *obinutuzumab w skojarzeniu z chlorambucylem***<br>1) badania wykonywane przed każdym podaniem leku:<br>a) morfologia krwi obwodowej z rozmazem,<br>b) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),<br>c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi,<br>d) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,<br>e) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi.<br><br>**2.3. *wenetoklaks w skojarzeniu z obinutuzumabem***<br> |

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<br>– liczba punktów wg skali CIRS > 6<br>lub<br>– 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.<br><br>**1.2.6. *ibrutynib w skojarzeniu z wenetoklaksem***<br>1) brak wcześniejszego leczenia przewlekłej białaczki limfocytowej.<br><br>**1.3. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii w 2. lub kolejnych liniach leczenia**<br>**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***<br>1) przewlekła białaczka limfocytowa ze stwierdzoną opornością na leczenie lub nawrotem po leczeniu;<br>2) stosowano uprzednio co najmniej jedną linię leczenia, bez względu na status delecji 17p (del17p) / mutacji w genie *TP53* (mut*TP53*).<br><br>**1.3.2. *ibrutynib w monoterapii* dla chorych z delecją 17p lub mutacją *TP53* oraz dla chorych bez delecji 17p lub mutacji *TP53***<br>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.<br>Tydzień 2 – zalecana dawka *wenetoklaksu*: doustnie 50 mg na dobę w jednej dawce.<br>Tydzień 3 – zalecana dawka *wenetoklaksu*: doustnie 100 mg na dobę w jednej dawce.<br>Tydzień 4 – zalecana dawka *wenetoklaksu*: doustnie 200 mg na dobę w jednej dawce.<br>Tydzień 5 i kolejne – zalecana dawka *wenetoklaksu*: doustnie 400 mg na dobę w jednej dawce.<br>*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.<br>Przed rozpoczęciem leczenia *wenetoklaksem* należy dokonać oceny ryzyka zespołu rozpadu guza (TLS).<br>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:<br>a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,<br>b) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi,<br>c) oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi,<br>d) oznaczenie stężenia fosforanów w surowicy krwi,<br>e) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi,<br>f) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),<br>g) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi.<br>Dopuszczalne jest częstsze monitorowanie w zależności od wskazań klinicznych.<br><br>**2.4. *ibrutynib w skojarzeniu z wenetoklaksem***<br>1) badanie wykonywane 1 raz w miesiącu (przed rozpoczęciem każdego cyklu):<br>a) morfologia krwi obwodowej z rozmazem;<br>2) badania wykonywane co 3 miesiące (tj. przed rozpoczęciem cyklu 4, 7, 10 i 13):<br>a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),<br>b) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi,<br>c) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,<br>d) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi,<br>e) oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi,<br>f) oznaczenie stężenia fosforanów w surowicy krwi,<br>g) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi,<br>h) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH);<br>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*).<br><br>**1.3.3. *akalabrutynib w monoterapii* dla chorych z delecją 17p lub mutacją *TP53* oraz dla chorych bez delecji 17p lub mutacji *TP53***<br>1) przewlekła białaczka limfocytowa ze stwierdzoną opornością na leczenie lub nawrotem po leczeniu;<br>2) stosowano uprzednio co najmniej jedną linię leczenia, bez względu na status delecji 17p (del17p) / mutacji w genie TP53 (mutTP53).<br><br>**1.3.4. *wenetoklaks w monoterapii* dla chorych z delecją 17p lub mutacją *TP53*, u których nie powiodło się leczenie inhibitorem BTK**<br>1) niepowodzenie po leczeniu inhibitorem BTK;<br>2) udokumentowana obecność delecji 17p (del17p) / mutacji w genie *TP53* (mut*TP53*).<br><br>**1.3.5. *zanubrutynib w monoterapii* dla chorych z delecją 17p lub mutacją *TP53* oraz dla chorych bez delecji 17p lub mutacji *TP53***<br>1) przewlekła białaczka limfocytowa ze stwierdzoną opornością na leczenie lub nawrotem po leczeniu;<br>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***<br>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:<br>Tydzień 1 – zalecana dawka *wenetoklaksu*: doustnie 20 mg na dobę w jednej dawce.<br>Tydzień 2 – zalecana dawka *wenetoklaksu*: doustnie 50 mg na dobę w jednej dawce.<br>Tydzień 3 – zalecana dawka *wenetoklaksu*: doustnie 100 mg na dobę w jednej dawce.<br>Tydzień 4 – zalecana dawka *wenetoklaksu*: doustnie 200 mg na dobę w jednej dawce.<br>Tydzień 5 i kolejne – zalecana dawka *wenetoklaksu*: doustnie 400 mg na dobę w jednej dawce.<br>Przed rozpoczęciem leczenia *wenetoklaksem* należy dokonać oceny ryzyka zespołu rozpadu guza (TLS).<br>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,<br>b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,<br>c) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi,<br>d) oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi,<br>e) oznaczenie stężenia fosforanów w surowicy krwi,<br>f) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi,<br>g) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH);<br>4) zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego dla *ibrutynibu* okresowe badania:<br>a) EKG w celu wykrycia migotania przedsionków.<br>Dopuszczalne jest częstsze monitorowanie w zależności od wskazań klinicznych.<br><br>**2.5. *wenetoklaks w skojarzeniu z rytuksymabem* lub *wenetoklaks w monoterapii***<br>1) badania wykonywane przed pierwszym podaniem *wenetoklaksu* oraz każdego tygodnia przez okres dostosowania dawki:<br>a) morfologia krwi obwodowej z rozmazem,<br>b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,<br>c) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi,<br>d) oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi,<br>e) oznaczenie stężenia fosforanów w surowicy krwi,<br>f) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi;<br>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;<br>2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na białka mysie lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia;<br>3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;<br>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;<br>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*;<br>6) okres ciąży lub karmienia piersią;<br>7) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;<br>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. | <u>Tydzień 5 i kolejne</u> – zalecana dawka *wenetoklaksu*: doustnie 400 mg na dobę w jednej dawce.<br>Przed rozpoczęciem leczenia *wenetoklaksem* należy dokonać oceny ryzyka zespołu rozpadu guza (TLS).<br>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.<br><br>**2. Modyfikacja dawkowania leków**<br>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.<br>Wykonane badania obrazowe muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.<br><br>**4. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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:<br>a) całkowita odpowiedź (CR),<br>b) częściowa odpowiedź (PR),<br>c) częściowa odpowiedź z limfocytozą (PR-L) – w przypadku leczenia *ibrutynibem* lub *akalabrutynibem* lub *zanubrutynibem*,<br>d) choroba stabilna (SD),<br>e) brak odpowiedzi (NR),<br>f) progresja choroby (PD),<br>g) przeżycie bez progresji choroby (PFS),<br>h) przeżycie całkowite (OS);<br>3) 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)

<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 niżej wskazane nowotwory mieloproliferacyjne Filadelfia ujemne, Ph (-), udostępnia się terapie:<br>1) chorym na pierwotną mielofibrozę (PMF) lub mielofibrozę w przebiegu czerwienicy prawdziwej (Post-PV MF) lub mielofibrozę w przebiegu nadpłytkowości samoistnej (Post-ET MF):<br>a) ruksolitynibem (chorzy, którzy nie byli wcześniej leczeni inhibitorami kinazy janusowej),<br>albo<br>b) fedratynibem (chorzy, którzy nie byli wcześniej leczeni inhibitorami kinazy janusowej lub byli wcześniej leczeni ruksolitynibem);<br>2) chorym na czerwienicę prawdziwą (PV):<br>a) ruksolitynibem (chorzy z opornością lub nietolerancją na leczenie hydroksymocznikiem),<br><u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u><br><br>1. Kryteria kwalifikacji<br>Muszą zostać spełnione łącznie wszystkie kryteria ogólne (1.1.) oraz wszystkie kryteria szczegółowe (z punktu 1.2. albo 1.3.) dla poszczególnej terapii.</td>
<td>1. Dawkowanie leku<br>1.1. ruksolitynib<br>1.1.1. w leczeniu chorych na PMF, Post-PV MF lub Post-ET MF<br>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).<br>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.<br>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.</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji<br>1) trepanobiopsja szpiku:<br>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),<br>b) w przypadku chorych na PV – tylko w uzasadnionych sytuacjach klinicznych;<br>2) USG jamy brzusznej wraz z oceną wymiarów śledziony;<br>3) morfologia krwi z rozmazem mikroskopowym;<br>4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);<br>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);<br>6) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;<br>7) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;<br>8) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym);<br>9) dodatkowo w przypadku chorych na PMF, Post-PV MF lub Post-ET MF – badanie podmiotowe i przedmiotowe ze szczególnym uwzględnieniem:<br>a) oceny wielkości śledziony,</td>
</tr>
</table>

**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)<br>- 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);<br>2) pacjenci z grupy ryzyka:<br>a) pośredniego – 2<br>albo<br>b) wysokiego<br>- wg IPSS (ang. International Prognostic Scoring System) dla pacjentów z noworozpoznaną PMF lub wg DIPSS (Dynamic International Prognostic Scoring System);<br>3) liczba płytek krwi >50 tysięcy/µl;<br>4) splenomegalia (powiększenie śledziony w badaniu ultrasonograficznym) lub wystąpienie co najmniej 2 z 6 poniżej wymienionych objawów ogólnych ocenianych w skali MPN-SAF TSS:<br>a) poty nocne (≥4 pkt),<br>b) utrata masy ciała (>10% w okresie ostatnich 6 miesięcy) (≥4 pkt),<br>c) gorączka o nieznanej etiologii (>37,5°C) (≥4 pkt),<br>d) bóle kostne (≥4 pkt),<br>e) świąd (≥4 pkt),<br>f) zmęczenie (≥4 pkt);<br>5) dodatkowo w przypadku kwalifikacji do leczenia:<br>a) *ruksolitynibem* – brak wcześniejszego leczenia inhibitorami kinazy janusowej, | | a) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym) (wykonywana także w ramach monitorowania skuteczności leczenia),<br>b) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),<br>c) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST),<br>d) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi,<br>e) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi.<br>Dopuszczalne jest częstsze monitorowanie w zależności od wskazań klinicznych.<br><br>**2.2. fedratynibem u chorych na PMF, Post-PV MF lub Post-ET MF**<br>1) badania wykonywane co miesiąc przez pierwsze 3 miesiące, po 6 miesiącach leczenia, a następnie nie rzadziej niż po każdych kolejnych 6 miesiącach leczenia:<br>a) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym) (wykonywana także w ramach monitorowania skuteczności leczenia),<br>b) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),<br>c) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST),<br>d) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi,<br>e) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,<br>f) oznaczenie stężenia amylazy,<br>g) oznaczenie stężenia lipazy,<br>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*.<br><br>**1.3. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia ruksolitynibem chorych na PV**<br>1) rozpoznanie czerwienicy prawdziwej (PV) zgodnie z aktualnymi kryteriami WHO (Światowej Organizacji Zdrowia);<br>2) wykazanie oporności lub nietolerancji na leczenie *hydroksymocznikiem* według aktualnych kryteriów European LeukemiaNet u chorych z grupy wysokiego ryzyka.<br><br>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.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu (+ dodatkowe 28 dni na odstawienie leku), zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>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.<br><br>**3. Monitorowanie skuteczności leczenia**<br>**3.1. w przypadku PMF, Post-PV MF lub Post-ET MF**<br>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:<br>a) oceny wielkości śledziony,<br>b) objawów ogólnych ocenianych przy użyciu formularza MPN-SAF TSS:<br>– poty nocne (≥4 pkt),<br>– utrata masy ciała (>10% w okresie ostatnich 6 miesięcy) (≥4 pkt),<br>– gorączka o nieznanej etiologii (>37,5°C) (≥4 pkt),<br>– bóle kostne (≥4 pkt),<br>– świąd (≥4 pkt),<br>– zmęczenie (≥4 pkt);<br>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).<br><br>**3.2. w przypadku PV**<br>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:<br>a) w przypadku chorych na PMF, Post-PV MF lub Post-ET MF:<br>– 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),<br>lub<br>– 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),<br>lub<br>– pojawienie się nowych lub nasilenie wyjściowych objawów ogólnych związanych z chorobą, wymienionych w kryteriach kwalifikacji do programu, ocenianych w skali MPN-SAF TSS – po:<br>i. 3 miesiącach leczenia<br>lub<br>ii. 6 miesiącach leczenia<br>lub<br>iii. każdych kolejnych 6 miesiącach leczenia,<br>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).<br><br>Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji.<br><br>**4. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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:<br>a) w przypadku PMF, Post-PV MF lub Post-ET MF:<br>– całkowita remisja (CR),<br>– częściowa remisja (PR),<br>– poprawa kliniczna (CI),<br>– stabilizacja choroby (SD),<br>– odpowiedź w zakresie niedokrwistości,<br>– odpowiedź śledzionowa,<br>– odpowiedź w zakresie objawów ogólnych,<br>– progresja choroby (PD),<br>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);<br>3) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;<br>4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia;<br>5) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;<br>6) okres ciąży lub karmienia piersią;<br>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.<br>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),<br>– częściowa remisja (PR),<br>– brak odpowiedzi (NR),<br>– progresja choroby (PD),<br>c) przeżycie wolne od progresji choroby (PFS),<br>d) przeżycie całkowite (OS);<br>3) 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:<br>1) certolizumabem pegol,<br>2) etanerceptem,<br>3) iksekizumabem,<br>4) sekukinumabem,<br>5) upadacytynibem,<br><u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u><br>Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.<br><br>1. Kryteria kwalifikacji<br>Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający następujące kryteria:<br>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 stawów obwodowych lub przyczepów ścięgnistych z rozpoznaniem</td>
<td>1. Dawkowanie<br>1) certolizumab pegol,<br>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;<br>b) dawka podtrzymująca zalecana i jednocześnie maksymalna to podanie 200 mg co 2 tygodnie lub 400 mg co 4 tygodnie.<br>2) etanercept,<br>a) dawka zalecana i jednocześnie maksymalna to podanie 25 mg dwa razy w tygodniu lub 50 mg raz w tygodniu.<br>3) iksekizumab,<br>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<br>1) oznaczenie antygenu HLA B27 kiedykolwiek w przeszłości;<br>2) morfologia krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem - morfologia krwi z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów i limfocytów;<br>3) oznaczenie płytek krwi (PLT);<br>4) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB);<br>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);<br>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);<br>7) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;<br>8) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP);<br>9) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza);<br>10) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon;</td>
</tr>
</table>

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.

**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 lub etanerceptu lub iksekizumabu lub sekukinumabu lub upadacytynibu łącznie z metotreksatem lub sulfasalazyną w skutecznych klinicznie i dobrze tolerowanych dawkach.

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;<br>3) aktywną postać choroby w postaci osiowej przy dominujących objawach ze strony kręgosłupa stwierdza się, gdy spełnione są poniższe kryteria:<br>a) wartość wskaźnika BASDAI ≥ 4 lub ASDAS ≥ 2,1 w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni,<br>b) ból kręgosłupa ≥ 4 oceniony za pomocą wizualnej skali analogowej VAS od 0 do 10 cm w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni,<br>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:<br>– obraz kliniczny choroby,<br>– czynniki ryzyka szybkiej progresji choroby,<br>– wyniki badania wskaźników ostrej fazy,<br>– wyniki badań obrazowych,<br>– status aktywności zawodowej,<br>– występowanie powikłań narządowych, w tym wtórnej amyloidozy,<br>– współistnienie zapalenia przyczepów ścięgnistych, zajęcia narządu wzroku z częstymi zaostrzeniami zapalenia błony naczyniowej, możliwości alternatywnych sposobów leczenia,<br>oraz ocena przez lekarza eksperta jest prowadzona jednokrotnie po drugim pomiarze wartości BASDAI lub ASDAS;<br>4) aktywną postać choroby w postaci obwodowej przy dominujących objawach ze strony stawów obwodowych i/lub przyczepów ścięgnistych stwierdza się, gdy spełnione są poniższe kryteria: | **3. Kontynuacja leczenia w warunkach domowych**<br>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.<br>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);<br>4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;<br>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);<br>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);<br>7) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu HDL, cholesterolu LDL i triglicerydów (lipidogram) - u pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem;<br>oraz dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii wg wskaźników zalecanych przez EULAR/ASAS i stosowanych rutynowo w SpA.<br>Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe badania powtarzać po każdych kolejnych 6 miesiącach (±1 miesiąc).<br>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.<br>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 |

| | | |
|---|---|---|
| a) liczba obrzękniętych stawów i/lub zapalnie zmienionych przyczepów ścięgnistych (spośród ścięgien Achillesa oraz rozcięgien podeszwowych) – co najmniej 3 łącznie – w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni<br>oraz<br>b) liczba tkliwych stawów i/lub przyczepów ścięgnistych (spośród ścięgien Achillesa oraz rozcięgien podeszwowych) – co najmniej 3 łącznie - w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni<br>oraz<br>c) ogólna ocena aktywności choroby przez pacjenta odpowiadająca wartości 4 lub 5 w pięciostopniowej skali Likerta<br>oraz<br>d) ogólna ocena aktywności choroby przez lekarza prowadzącego odpowiadająca wartości 4 lub 5 w pięciostopniowej skali Likerta<br>oraz<br>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:<br>– obraz kliniczny choroby,<br>– czynniki ryzyka szybkiej progresji choroby,<br>– wyniki badania wskaźników ostrej fazy,<br>– wyniki badań obrazowych,<br>– status aktywności zawodowej,<br>– występowanie powikłań narządowych, w tym wtórnej amyloidozy, | | 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.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez |

| | | |
|---|---|---|
| – współistnienie zapalenia przyczepów ścięgnistych, zajęcia narządu wzroku z częstymi zaostrzeniami zapalenia błony naczyniowej, możliwości alternatywnych sposobów leczenia;<br>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;<br>6) w przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym;<br>7) w przypadku ciąży lub karmienia piersią dopuszcza się możliwość leczenia uzasadnioną aktualną wiedzą medyczną - do decyzji lekarza prowadzącego;<br>8) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL);<br>9) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;<br>10) brak przeciwwskazań do stosowania określonych w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ ASAS.<br>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.<br><br>**2. Adekwatna odpowiedź na leczenie** | | OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;<br>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ. |

| | | |
|---|---|---|
| 1) w przypadku postaci osiowej:<br>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,<br>b) po 6 miesiącach (±1 miesiąc) terapii uzyskanie niskiej aktywności choroby mierzonej wartością BASDAI < 3 albo ASDAS < 1,3;<br>2) w przypadku postaci obwodowej:<br>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,<br>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.<br><br>**3. Kryteria i warunki zamiany terapii na inną**<br>1) zmiana terapii na leczenie inną, wymienioną w programie substancją czynną, możliwa jest tylko w następujących sytuacjach:<br>a) wystąpienie ciężkiej reakcji uczuleniowej na substancję czynną lub pomocniczą<br>lub<br>b) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL<br>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;<br>2) w ramach programu lekowego dotyczącego leczenia nieradiograficznej SpA postaci osiowej i obwodowej nie jest możliwe zastosowanie więcej niż pięciu leków, w tym czterech leków biologicznych i upadacytynibu, w tym dwóch inhibitorów TNF alfa (certolizumab pegol, etanercept) oraz dwóch inhibitorów IL-17 (sekukinumab, iksekizumab);<br>3) w ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie;<br>4) kwalifikacja pacjenta do drugiego leku w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem.<br><br>**4. Czas leczenia w programie**<br>1) leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia;<br>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.<br><br>**5. Kryteria wyłączenia z programu**<br>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;<br>3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;<br>4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;<br>5) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL;<br>6) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;<br>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.<br><br>**6. Kryteria ponownego włączenia do programu**<br>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;<br>2) pacjent jest włączany do ponownego leczenia substancją czynną, której zastosowanie wywołało niską aktywność choroby;<br>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**<br>**1.1. Kryteria kwalifikacji**<br>Do leczenia w pierwszej linii nanocząsteczkowym kompleksem paklitakselu z albuminą w skojarzeniu z gemcytabiną do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający wszystkie niżej wymienione kryteria:<br>1) rozpoznanie przerzutowego gruczolakoraka trzustki w stadium uogólnienia, potwierdzone histologicznie lub cytologicznie (leczenie nie dotyczy chorych z rozpoznaniem nowotworu wysp trzustkowych);<br>2) stopień sprawności według skali Karnofsky'ego – 70 lub więcej;<br>3) wiek 18 lat lub powyżej;<br>4) wcześniejsze niestosowanie chemioterapii o paliatywnym założeniu (leczenie w sytuacji uogólnienia choroby);<br>5) brak możliwości zastosowania chemioterapii według schematu FOLFIRINOX;<br>6) obecność zmian nowotworowych możliwych do zmierzenia;<br>7) prawidłowe wskaźniki czynności wątroby i nerek: | **1. Terapia pacjentów nanocząsteczkowym kompleksem paklitakselu z albuminą**<br>**1.1. Dawkowanie**<br>Lek zawierający nanocząsteczkowy kompleks paklitakselu z albuminą jest stosowany w skojarzeniu z gemcytabiną.<br>Dawkowanie nanocząsteczkowego kompleksu paklitakselu z albuminą oraz gemcytabiny w leczeniu skojarzonym prowadzone jest zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.<br><br>**2. Terapia olaparybem pacjentów z mutacjami dziedzicznymi w genach BRCA1/BRCA2**<br>**2.1. Dawkowanie**<br>Zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego w postaci tabletek.<br>Rozpoczęcie leczenia olaparybem - do 8 tygodni od ostatniej dawki chemioterapii zawierającej związki platyny. | **1. Terapia pacjentów nanocząsteczkowym kompleksem paklitakselu z albuminą**<br>**1.1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) TK brzucha i miednicy;<br>2) RTG lub TK klatki piersiowej;<br>3) TK innej lokalizacji, w zależności od umiejscowienia przerzutów;<br>4) morfologia krwi;<br>5) poziom AspAT i AlAT;<br>6) stężenie bilirubiny;<br>7) stężenie kreatyniny;<br>8) EKG.<br><br>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,<br>b) stężenie kreatyniny mniejsze lub równe górnej granicy wartości prawidłowych;<br>8) wartość stężenia hemoglobiny – 10 g/dl lub większa.<br>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.<br><br>**1.2. Kryteria niepozwalające na zakwalifikowanie do terapii**<br>Do programu nie mogą zostać zakwalifikowani pacjenci w przypadku wystąpienia co najmniej jednego z następujących kryteriów:<br>1) liczba neutrofili mniejsza niż 1 500 w $mm^3$ lub liczba płytek krwi mniejsza niż 100 000 w $mm^3$;<br>2) ciąża;<br>3) laktacja.<br><br>**1.3. Określenie czasu leczenia**<br>Leczenie w programie trwa do czasu wystąpienia kryteriów zakończenia udziału w programie.<br>Czasowe przerwanie leczenia następuje w przypadkach określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego.<br><br>**1.4. Kryteria wyłączenia**<br>Z programu wyłączani są pacjenci w przypadku wystąpienia co najmniej jednego z niżej wymienionych kryteriów: | | **1.2. Monitorowanie leczenia**<br>1) przed każdym podaniem leku w programie wykonuje się następujące badania:<br>a) morfologia krwi,<br>b) poziom AspAT i AlAT,<br>c) stężenie bilirubiny,<br>d) stężenie kreatyniny,<br>oraz dokonuje się oceny neurologicznej pacjenta;<br>2) co 2 cykle leczenia wykonuje się:<br>a) TK brzucha i miednicy lub MR jamy brzusznej,<br>b) RTG lub TK klatki piersiowej,<br>c) TK innej lokalizacji, w zależności od potrzeby klinicznej tj. umiejscowienia zmian przerzutowych,<br>d) w szczególnych, uzasadnionych klinicznie przypadkach, wykonuje się badanie PET/CT;<br>3) EKG w zależności od wskazań klinicznych.<br><br>**2. Terapia olaparybem pacjentów z mutacjami dziedzicznymi w genach BRCA1/BRCA2**<br>**2.1. Badania przy kwalifikacji**<br>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;<br>2) badanie RTG klatki piersiowej, jeśli TK/MRI (pkt.1) nie obejmowało tej okolicy ciała;<br>3) morfologia krwi z rozmazem;<br>4) oznaczenie w surowicy stężenia: |

| | | |
|---|---|---|
| 1) progresja zmian mierzalnych ustalona według kryteriów RECIST na podstawie wyników badań obrazowych;<br>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;<br>3) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą.<br><br>**2. Terapia olaparybem pacjentów z mutacjami dziedzicznymi w genach BRCA1/BRCA2**<br>**2.1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) rozpoznanie gruczolakoraka trzustki, potwierdzone histologicznie lub cytologicznie:<br>a) u chorych w stadium rozsiewu poddanych chemioterapii z zastosowaniem pochodnych platyny<br>lub<br>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);<br>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,<br>b) bilirubiny;<br>5) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT);<br>6) inne badania w razie wskazań klinicznych.<br><br>**2.2. Monitorowanie bezpieczeństwa**<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) oznaczenie stężenia w surowicy:<br>a) kreatyniny,<br>b) bilirubiny;<br>3) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT);<br>4) inne badania w razie wskazań klinicznych.<br>Badania wykonuje się co miesiąc.<br><br>**2.3. Monitorowanie skuteczności**<br>1) badanie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego jamy brzusznej i miednicy oraz innych okolic ciała w zależności od wskazań klinicznych;<br>2) RTG klatki piersiowej, jeśli nie była wykonana TK/ RMI (zgodnie z pkt. 1);<br>3) inne badania w razie wskazań klinicznych.<br>Badania tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego wykonuje się:<br>a) przed upływem 4 miesięcy terapii od dnia jej rozpoczęcia u wszystkich zakwalifikowanych do programu lub wcześniej w przypadku wskazań klinicznych,<br>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;<br>4) ECOG 0-1;<br>5) wiek 18 lat lub powyżej;<br>6) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem oraz wskaźniki czynności wątroby i nerek umożliwiające leczenie zgodnie z ChPL Lynparza tabletki.<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>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.<br><br>**2.2. Kryteria niepozwalające na zakwalifikowanie do terapii**<br>Do programu nie mogą zostać zakwalifikowani pacjenci z przeciwskazaniami do stosowania olaparybu.<br><br>**2.3. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie w programie trwa do czasu wystąpienia kryteriów wyłączenia.<br>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.<br>Oceny skuteczności leczenia dokonuje się zgodnie z kryteriami RECIST.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) przekazywanie informacji 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**<br>Z programu wyłączani są pacjenci w przypadku wystąpienia, co najmniej jednego z poniższych kryteriów:<br>1) progresja choroby wg aktualnych kryteriów RECIST;<br>2) długotrwałe i istotne klinicznie działania niepożądane w stopniu ≥ 3 według klasyfikacji NCI CTC;<br>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.<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji do leczenia w programie**<br>Wrodzone zespoły autozapalne:<br>a) okresowe zespoły zależne od kriopiryny (CAPS, ang. Cryopyrin-Associated Periodic Syndromes), w tym:<br>– 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),<br>– zespół Muckle-Wellsa (MWS, ang. Muckle-Wells Syndrome),<br>– zespół rodzinnej pokrzywki indukowanej przez zimno (FCAS, ang. Familial Cold Autoinflammatory Syndrome); | **1. Dawkowanie**<br>Dawkę anakinry należy dostosować indywidualnie dla danego pacjenta zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego. | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>**1.1. Badania obowiązkowe**<br>a) OB, CRP, surowiczy amyloid (SAA), prokalcytonia, ferrytyna,<br>b) morfologia krwi pełna z rozmazem,<br>c) układ krzepnięcia: APTT, INR, D-dimery, fibrynogen,<br>d) próby wątrobowe: AlAT, AspAT, GGTP,<br>e) kreatynina, mocznik w surowicy, klirens kreatyniny,<br>f) albuminy, proteinogram,<br>g) ocena ciśnienia tętniczego,<br>h) badanie ogólne moczu,<br>i) badania serologiczne w kierunku zakażeń HBV, HCV,<br>j) RTG klatki piersiowej,<br>k) USG jamy brzusznej.<br><br>**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**<br>a) konsultacja laryngologiczna lub konsultacja laryngologiczna z badaniem słuchu, |

| | | |
|---|---|---|
| b) inne wrodzone zespoły autozapalne:<br>– TRAPS i inne zespoły autozapalne mediowane przez IL-1,<br>– FMF, po nieskuteczności leczenia maksymalną tolerowaną dawką kolchicyny;<br>c) poligenowe zespoły autozapalne mediowane przez IL1:<br>– zespól Schnitzler;<br>d) amyloidoza wtórna, zależna od zmian autozapalnych.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>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.<br><br>**3. Zakończenie leczenia w programie**<br>Zakończenie leczenia powinno nastąpić w przypadku spełnienia przynajmniej jednego z kryteriów określonych w pkt a-d:<br>a) nieakceptowane działania niepożądane lub nadwrażliwość na anakinrę;<br>b) stwierdzenie nieskuteczności leczenia;<br>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),<br>c) badanie okulistyczne (odcinek przedni i dno oka),<br>d) ocena kardiologiczna lub ocena kardiologiczna z ECHO serca,<br>e) konsultacja stomatologiczna,<br>f) DZM na białko.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>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.<br>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.<br><br>**2.1. Badania obowiązkowe**<br>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:<br>a) OB, CRP, surowiczy amyloid (SAA),<br>b) morfologia krwi pełna z rozmazem,<br>c) układ krzepnięcia: APTT, INR, D-dimery, fibrynogen,<br>d) próby wątrobowe: AlAT, AspAT, GGTP, |

| | | |
|---|---|---|
| d) rezygnacja pacjenta z leczenia lub brak współpracy z pacjentem. | | e) kreatynina, mocznik w surowicy, klirens kreatyniny,<br>f) badanie ogólne moczu, białko i mikroalbuminuria w moczu,<br>g) ocena ciśnienia tętniczego.<br><br>**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**<br>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:<br>a) konsultacja laryngologiczna lub konsultacja laryngologiczna z badaniem słuchu,<br>b) konsultacja neurologiczna lub konsultacja neurologiczna z badaniem obrazowym (USG OUN lub MRI OUN),<br>c) badanie okulistyczne (odcinek przedni i dno oka).<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) 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**<br>**Do leczenia pirfenidonem kwalifikują się świadczeniobiorcy spełniający wszystkie poniższe kryteria:**<br>1) Wiek powyżej 18. roku życia;<br>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;<br>3) W przypadku gdy badanie TKWR nie było wystarczające do postawienia diagnozy, konieczna jest ocena histopatologiczna materiału pobranego w czasie chirurgicznej biopsji płuca;<br>4) FVC powyżej 50% wartości należnej;<br>5) DLco powyżej 30%;<br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie w programie prowadzone jest do czasy spełnienia przez świadczeniobiorcę któregokolwiek kryterium wyłączenia z programu. | **1. Dawkowanie**<br>Sposób dawkowania pirfenidonu oraz ewentualne przerwanie leczenia prowadzone jest zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego. | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) Spirometria;<br>2) Oznaczenie pojemności dyfuzyjnej CO (DLco);<br>3) TKWR klatki piersiowej (tomografia komputerowa wysokiej rozdzielczości);<br>4) Chirurgiczna biopsja płuc z oceną (badanie nieobligatoryjne) ;<br>5) Gazometria krwi lub pulsoksymetria;<br>6) Aktywność AlAT i AspAT, bilirubina w surowicy, wskaźnik protrombinowy;<br>7) Klirens kreatyniny endogennej;<br>8) Morfologia krwi.<br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>1) Badania oceniające czynność układu oddechowego i skuteczność leczenia wykonywane co 6 miesięcy;<br>a) Spirometria;<br>b) DLco<br>c) Gazometria krwi lub pulsoksymetria; |

| | | |
|---|---|---|
| **3. Kryteria wyłączenia**<br>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.<br>2) Nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>3) Obrzęk naczynioruchowy podczas stosowania pirfenidonu w wywiadzie;<br>4) Jednoczesne stosowanie fluwoksaminy;<br>5) Ciężkie zaburzenia czynności wątroby lub krańcowa niewydolność wątroby;<br>6) Ciężka niewydolność nerek (klirens kreatyniny poniżej 30 ml/min) lub krańcowa niewydolność nerek wymagająca dializoterapii;<br>7) Ciąża i karmienie piersią;<br>8) Inne ciężkie i źle rokujące choroby np. aktywna choroba nowotworowa, ciężka niewydolność serca.<br>9) Brak zgody na leczenie | | 2) TKWR klatki piersiowej co 12 miesięcy;<br>3) Badania oceniające funkcję wątroby w czasie terapii:<br>a) Aktywność AlAT i AspAT oraz stężenie bilirubiny co miesiąc w ciągu pierwszych 6 miesięcy; leczenia, a następnie co 3 miesiące;<br>4) Morfologia krwi co 6 miesięcy.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) 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**<br>a) wiek ≥ 18 lat;<br>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**<br>Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania prowadzone są zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) tomografia komputerowa wysokiej rozdzielczości (TKWR) – jeśli nie była wykonana w ciągu ostatnich 12 miesięcy;<br>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;<br>d) FVC ≥ 50% wartości należnej;<br>e) pojemność dyfuzyjna płuc $DL_{CO}$ powyżej 30%;<br>f) brak przeciwwskazań do stosowania leku, tj.:<br>a. nadwrażliwość na lek,<br>b. ciąża,<br>c. karmienie piersią,<br>d. inne przeciwskazania określone w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego.<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br><br>Leczenie należy kontynuować aż nie wystąpi którekolwiek z kryteriów wyłączenia z programu.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia z programu**<br><br>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.<br>2) nadwrażliwość na nintedanib lub substancje pomocnicze;<br>3) ciąża lub karmienie piersią;<br>4) przeciwskazania określone w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego;<br>5) wystąpienie klinicznie istotnej toksyczności leczenia uniemożliwiającej jego kontynuację, wznowienie leczenia jest uwarunkowane ustąpieniem objawów | | 3) badanie spirometryczne;<br>4) badanie zdolności dyfuzji gazów w płucach - $DL_{CO}$<br>5) morfologia krwi;<br>6) oznaczenie stężenia kreatyniny, oznaczenie stężenia bilirubiny, aktywności aminotransferazy alaninowej, oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej, wskaźnika protrombinowego;<br>7) 12-odprowadzeniowe EKG.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br><br>1) badanie spirometryczne co 6 m-cy;<br>2) gazometria krwi lub pulsoksymetria co 6 m-cy;<br>3) badanie zdolności dyfuzji gazów w płucach - $DL_{CO}$ co 6 m-cy;<br>4) morfologia krwi co 6 miesięcy,<br>5) badanie czynności wątroby (aktywność aminotransferaz i stężenie bilirubiny) przy każdej wizycie;<br>6) 12-odprowadzeniowe EKG co 6 m-cy.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br><br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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.<br>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.<br><br>W programie finansuje się dwie linie leczenia zaawansowanego raka podstawnokomórkowego skóry (BCC) substancjami:<br>1) wismodegib;<br>2) cemiplimab.<br><br>W pierwszej linii leczenia dostępna jest jedna terapia:<br>1) leczenie pacjentów z zastosowaniem inhibitora szlaku Hedgehog (wismodegib), u których stwierdzono progresję po radioterapii lub u których występują przeciwskazania do radioterapii.<br><br>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.<br>Dopuszczalne jest zmniejszenie wymienionych poniżej dawek zgodnie z aktualną ChPL poszczególnych leków.<br><br>**1. Wismodegib**<br>Zalecana dawka wismodegibu wynosi 150 mg, przyjmowana raz na dobę.<br><br>**2. Cemiplimab**<br>Zalecana dawka cemiplimabu wynosi 350 mg podawana co 3 tygodnie, we wlewie dożylnym trwającym 30 minut. | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) histologiczne potwierdzenie miejscowo zaawansowanego lub objawowego raka podstawnokomórkowego skóry z przerzutami;<br>2) potwierdzenie patomorfologiczne progresji tylko w przypadku, gdy dotyczy ona pojawienia się innych – niż stwierdzone wcześniej – ognisk nowotworu - dotyczy terapii cemiplimabem;<br>3) morfologia krwi z rozmazem;<br>4) oznaczenie stężenia hemoglobiny;<br>5) oznaczenie stężenia kreatyniny;<br>6) oznaczenie stężenia bilirubiny;<br>7) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej;<br>8) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;<br>9) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;<br>10) oznaczenie TSH, FT4 – dotyczy terapii cemiplimabem;<br>11) test na HIV, HCV, HBV – dotyczy terapii cemiplimabem;<br>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.<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br>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:<br>a) nawrót BCC w tej samej lokalizacji po zabiegu chirurgicznym i niewielkie prawdopodobieństwo wyleczenia po kolejnej resekcji lub<br>b) przewidywane ryzyko znaczącej niepełnosprawności lub deformacji po ewentualnym zabiegu chirurgicznym;<br>2) histopatologiczne potwierdzenie przerzutów odległych jako ognisk raka podstawnokomórkowego – w przypadku pacjentów z podejrzeniem przerzutowego raka podstawnokomórkowego;<br>3) wiek ≥18 roku życia;<br>4) stan sprawności 0-2 wg ECOG;<br>5) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (ChPL);<br>6) wykluczenie ciąży oraz okresu karmienia piersią;<br>7) przestrzeganie zaleceń programu zapobiegania ciąży zawartego w aktualnej ChPL przez kobiety w wieku rozrodczym i mężczyzn;<br>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);<br>14) badanie TK lub MR w przypadku wskazań klinicznych, dla oceny głębokości naciekania nowotworowego lub udokumentowania zmian przerzutowych;<br>15) inne badania w razie wskazań klinicznych.<br>Wstępne badania obrazowe lub dokumentacja fotograficzna muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.<br><br>**2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia**<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) oznaczenie stężenia hemoglobiny;<br>3) oznaczenie stężenia kreatyniny;<br>4) oznaczenie stężenia bilirubiny;<br>5) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej;<br>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;<br>7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;<br>8) oznaczenie TSH i FT4 -dotyczy terapii cemiplimabem;<br>9) test ciążowy z próbki krwi u kobiet w wieku rozrodczym (wynik ważny 4 dni);<br>10) inne badania w razie wskazań klinicznych.<br><br>Badania wykonuje się:<br>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;<br>10) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem.<br>Powyższe kryteria muszą być spełnione łącznie.<br>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.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) udokumentowana progresja w trakcie stosowania leku, oceniana na podstawie złożonego punktu końcowego obejmującego obowiązujące kryteria RECIST i cyfrowe zdjęcia medyczne (kryteria WHO);<br>2) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą uniemożliwiającej kontynuację leczenia;<br>3) wystąpienie działań niepożądanych związanych z lekiem uniemożliwiających jego dalsze stosowanie;<br>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.<br><br>**3. Badania w celu monitorowania skuteczności leczenia**<br>1) ocena kliniczna wraz z dokumentacją fotograficzną widocznych zmian (na zdjęciu widoczna skala);<br>2) badania TK lub MR odpowiedniego obszaru (w przypadku miejscowo zaawansowanego BCC ze zmianami mierzalnymi wg RECIST);<br>3) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych.<br><br>Badania wykonuje się:<br>a) nie rzadziej niż co 8 tyg. w przypadku terapii wismodegibem;<br>b) nie rzadziej niż co 9 – 12 tyg. (3 cykle) w przypadku terapii cemiplimabem<br>oraz w chwili wyłączenia z programu, o ile wyłączenie z programu nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby.<br><br>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).<br>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;<br>6) pogorszenie stanu sprawności o 1 lub 2 stopnie, w zależności od wartości przy kwalifikacji, ale maksymalnie do wartości 3 wg skali ECOG;<br>7) okres ciąży lub karmienia piersią;<br>8) brak współpracy chorego z lekarzem prowadzącym:<br>a) niestosowanie się do zaleceń (uchylanie się od wykonywania badań laboratoryjnych),<br>b) nieregularne przyjmowanie leków (pominięcie 2 kolejnych dawek leku),<br>c) brak współpracy w monitorowaniu leczenia (niezgłaszanie się na wizyty kontrolne). | | pozostaje do decyzji Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego.<br><br>Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia Zespół Koordynacyjny określa dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym:<br>– całkowitą (CR) lub częściową odpowiedz (PR) na leczenie,<br>– stabilizację (SD) lub progresję choroby (PD),<br>– całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS).<br>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.<br><br>**4. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) 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**<br>Do leczenia ewerolimusem w ramach programu kwalifikują się świadczeniobiorcy spełniający łącznie następujące kryteria:<br><br>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).<br><br>**Kryteria większe:**<br><br>1. angiofibroma twarzy (≥3) lub płaskie włókniaki głowy;<br>2. atraumatyczne włókniaki okołopaznokciowe (≥2);<br>3. znamiona bezbarwne (≥3, o średnicy co najmniej 5 mm);<br>4. ogniska skóry szagrynowej;<br>5. mnogie hamartoma siatkówki;<br>6. guzki korowe mózgu (Cortical dysplasias / tubers lub migration lines);<br>7. guzki podwyściółkowe mózgu;<br>8. gwiaździak podwyściółkowy olbrzymiokomórkowy | **1. Dawkowanie**<br>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:<br><br>$pc. = (m^{0,425} \times l^{0,725}) \times 0,007184$<br><br>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.<br><br>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**<br>1) Badanie genetyczne – geny TSC1, TSC2 w przypadku gdy rozpoznanie było ustalane na podstawie badania genetycznego.<br><br>2) Badanie morfologii krwi z rozmazem.<br><br>3) Badania biochemiczne:<br><br>a) aktywność transaminaz wątrobowych,<br>b) stężenie bilirubiny,<br>c) stężenie kreatyniny,<br>d) stężenie glukozy,<br>e) stężenie lipidów na czczo.<br><br>4) Serologiczne markery zakażenia HBV i HCV.<br><br>5) Rezonans magnetyczny lub tomografia komputerowa głowy.<br><br>6) Test ciążowy wg wskazań i zaleceń lekarza.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia** |

| | | |
|---|---|---|
| (SEGA);<br>9. mięśniak prążkowanokomórkowy serca (rhabdomyoma);<br>10. lymphangioleiomyomatoza (LAM - lymphangioleiomyomatosis);<br>11. naczyniakomięśniakotłuszczaki (angiomyolipoma) nerek.<br><br>**Kryteria mniejsze:**<br><br>1. mnogie ubytki szkliwa (>3);<br>2. włókniaki jamy ustnej (≥2);<br>3. hamartoma o pozanerkowej lokalizacji;<br>4. zmiany w siatkówce oka (retinal achromic patch);<br>5. plamy na skórze typu „confetti" ;<br>6. mnogie torbiele nerek.<br>Rozpoznanie stwardnienia guzowatego jest pewne, gdy spełnione są 2 duże kryteria lub 1 duże i ≥ 2 kryteria mniejsze.<br><br>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.<br><br>3) Zmiany nowotworowe umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według RECIST.<br><br>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.<br><br>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.<br><br>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.<br><br>W przypadku pominięcia dawki, nie należy przyjmować dodatkowej dawki, ale przyjąć kolejną dawkę o zwykłej porze.<br><br>**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.<br><br>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.<br><br>3) Co 4 tygodnie leczenia ewerolimusem, począwszy od 4 tygodnia leczenia w pierwszym roku, a następnie co 3 miesiące, począwszy od 12 miesiąca leczenia:<br>a) badanie morfologii krwi z rozmazem,<br>b) podstawowe badania biochemiczne:<br>— aktywność transaminaz wątrobowych,<br>— stężenie bilirubiny,<br>— stężenie kreatyniny,<br>— stężenie glukozy,<br>— lipidogram na czczo.<br><br>4) Badanie czynnościowe i RTG płuc w przypadku wystąpienia objawów ze strony dróg oddechowych.<br><br>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.<br><br>6) Oznaczenie poziomu DNA/RNA wirusa zapalenia wątroby |

| | | |
|---|---|---|
| oddziały NFZ.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia**<br>1) Pacjenci kwalifikujący się wg zespołu złożonego z onkologa i neurochirurga lub neurologa i neurochirurga do zabiegu chirurgicznego związanego z SEGA.<br><br>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 /$mm^3$).<br><br>3) Trwające lub aktywne zakażenie w chwili włączenia do programu.<br><br>4) Chorzy z wirusowym zapaleniem wątroby typu B lub C.<br><br>5) Zabieg chirurgiczny (polegający na otwarciu jamy ciała lub wymagający założenia szwów) w ciągu miesiąca poprzedzającego rozpoczęcie leczenia.<br><br>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.<br><br>**3. Monitorowanie programu:**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) przekazywanie informacji 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.<br><br>7) Niekontrolowana cukrzyca, zdefiniowana jako HbA1c>8g/dl.<br><br>8) Chorzy ze stwierdzoną nadwrażliwością na ewerolimus lub inne analogi rapamycyny (syrolimus, temsyrolimus) lub substancje pomocnicze preparatu.<br><br>9) Chore w ciąży lub karmiące piersią.<br><br>10) Nawracająca lub nieakceptowalna toksyczność powyżej 3 stopnia według kryteriów CTC (Common Toxicity Criteria).<br><br>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).<br><br>12) Wystąpienie w trakcie terapii inwazyjnego zakażenia grzybiczego<br><br>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)

<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>Pacjent jest kwalifikowany do programu przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Zaburzeń Motorycznych w Przebiegu Choroby Parkinsona, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.<br><br>1. Kryteria kwalifikacji<br>Do programu kwalifikuje się świadczeniobiorców spełniających wszystkie poniższe kryteria:<br>1) rozpoznanie choroby Parkinsona w oparciu o aktualne MDS Clinical Diagnostic Criteria for Parkinson's Disease;<br>2) czas trwania choroby ≥ 5 lat;<br>3) wcześniejsze leczenie:<br>a) w przypadku kwalifikacji do leczenia karbidopą+lewodopą: wyczerpanie możliwości optymalnej terapii farmakologicznej prowadzonej co najmniej 3 lekami lub nieskuteczność monoterapii przy udokumentowanej nietolerancji innych leków (w ocenie neurologa posiadającego doświadczenie w leczeniu zaawansowanej choroby Parkinsona),<br>b) w przypadku kwalifikacji do leczenia apomorfiną dotychczasowe stosowanie optymalnego leczenia</td>
<td>1. Dawkowanie<br>Dawkowanie oraz sposób modyfikacji dawkowania w leczeniu z zastosowaniem apomorfiny oraz lewodopy z karbidopą należy prowadzić zgodnie z zapisami właściwych aktualnych Charakterystyk Produktów Leczniczych</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji<br>1) ocena stanu ruchowego (czas spędzany w stanie off/on z uciążliwymi dyskinezami), udokumentowanego w dzienniczku Hausera prowadzonym przez 3 kolejne dni;<br>2) test z odstawieniem lewodopy z wykonaniem III części MDS UPDRS;<br>3) ocena neuropsychologiczna:<br>a) psychometryczna ocena nastroju (metoda pierwszego wyboru: Inwentarz Depresji Becka (aktualne wydanie),<br>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,<br>b) ocena zaburzeń poznawczych (skala Addenbrooke's Cognitive Examination-III),<br>w przypadku uzasadnionego podejrzenia otępienia w stadium umiarkowanym (wynik ACE-III <61) pogłębiona diagnostyka;<br>4) morfologia krwi z rozmazem;</td>
</tr>
</table>

| | | |
|---|---|---|
| farmakologicznego za pomocą doustnych leków przeciw chorobie Parkinsona;<br>4) łączny czas trwania stanów *off* ≥2 godz. przy jednoczesnej obecności uciążliwych dyskinez szczytu dawki ≥1 godz. w czasie czuwania w ciągu całej doby (występowanie fluktuacji ruchowych i dyskinez oraz czas ich trwania powinny być udokumentowane w dzienniczku Hausera dla 3 kolejnych dni);<br>5) zachowana dobra odpowiedź na lewodopę (różnica wyniku III części skali MDS UPDRS pomiędzy stanem *off/on* wynosząca co najmniej 30%; można nie uwzględniać punktów dotyczących drżenia);<br>6) zapewnienie codziennej obecności i pomocy ze strony opiekuna w zakresie obsługi pompy.<br><br>**2. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do kwalifikacji do programu**<br>Przeciwwskazania do udziału w programie wynikają z przeciwwskazań do stosowania określonych w aktualnych na dzień wydania decyzji Charakterystykach Produktów Leczniczych poszczególnych substancji czynnych ujętych w programie lekowym.<br><br>**3. Adekwatna odpowiedź na leczenie**<br>W ciągu pierwszych 6 miesięcy (±1 miesiąc) od rozpoczęcia leczenia redukcja o co najmniej 30% czasu spędzanego w stanie *off/on* z uciążliwymi dyskinezami.<br><br>**4. Kryteria wyłączenia**<br>1) w przypadku zastosowania lewodopy z karbidopą, brak potwierdzonej skuteczności leczenia w czasie wstępnego okresu oceny skuteczności, trwającego do 7 dni, podczas | | 5) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT);<br>6) badanie układu krzepnięcia;<br>7) badanie obrazowe mózgowia (MRI lub jeśli są przeciwwskazania TK);<br>8) badanie EKG z oceną odstępu QT;<br>9) kwalifikacja przez chirurga lub gastroenterologa do PEG (w przypadku kwalifikacji do leczenia lewodopą z karbidopą).<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>1) po 6 miesiącach (±1 miesiąc) od rozpoczęcia leczenia należy wykonać:<br>a) morfologię krwi z rozmazem,<br>b) AspAT, AlAT,<br>c) badanie EKG z oceną odstępu QT (w przypadku terapii apomorfiną);<br>oraz dokonać oceny stanu ruchowego (czas spędzany w stanie *off/on* z uciążliwymi dyskinezami) udokumentowanego w dzienniczku Hausera prowadzonym przez 3 kolejne dni.<br>Jeżeli terapia jest kontynuowana, powyższe badania należy powtarzać po każdych kolejnych 12 miesiącach (±1 miesiąc).<br>2) nie rzadziej niż raz na 3 miesiące wykonuje się konsultację neurologiczną oraz pielęgniarską, obejmującą m.in. ocenę stanu ruchowego pacjenta oraz korektę dotychczasowego leczenia;<br>3) nie częściej niż raz na 12 miesięcy wykonuje się w zależności od decyzji lekarza prowadzącego następujące konsultacje:<br>a) konsultację gastroenterologiczną lub chirurgiczną (w przypadku terapii lewodopą z karbidopą); |

| | | |
|---|---|---|
| którego ustala się w ramach hospitalizacji, czy ciągły wlew dojelitowy lewodopy z karbidopą, podawanych w postaci żelu przez sondę nosowo-dwunastniczą lub nosowo-dojelitową, przynosi pożądany efekt kliniczny (definiowany jako redukcję o co najmniej 30% czasu spędzanego w stanie *off/on* z uciążliwymi dyskinezami) oraz ustala się wstępną dawkę leku;<br>2) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt 3;<br>3) utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt 3 stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących, pomimo stosowania optymalnych/maksymalnych dawek leku;<br>4) niedające się opanować powikłania chirurgiczne, związane z PEG (w przypadku terapii lewodopą z karbidopą);<br>5) wystąpienie działań niepożądanych, które w opinii lekarza prowadzącego oraz zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, którym prowadzona jest terapia, są przeciwwskazaniami do leczenia daną substancją czynną;<br>6) brak możliwości zapewnienia codziennej obecności i pomocy ze strony opiekuna lub brak współpracy pacjenta z opiekunem w zakresie obsługi pompy.<br><br>**5. Czas leczenia w programie**<br>Czas leczenia w programie określa lekarz prowadzący na podstawie kryteriów włączenia i kryteriów wyłączenia z programu.<br><br>**6. Kryteria i warunki zamiany terapii na inną**<br>Zmiana leczenia na inną, wymienioną w programie substancję czynną, jest możliwa w następujących sytuacjach:<br>1) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na zastosowaną substancję czynną zgodnie z pkt 3 lub utrata adekwatnej | | b) dermatologiczną lub alergologiczną (w przypadku terapii apomorfiną).<br><br>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:<br>– adekwatna odpowiedź na leczenie (def: redukcja o co najmniej 30% czasu spędzanego w stanie *off/on* z uciążliwymi dyskinezami w ciągu pierwszych 6 miesięcy (±1 miesiąc) od rozpoczęcia leczenia).<br><br>Dane gromadzone są w SMPT i analizowane przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Zaburzeń Motorycznych w Przebiegu Choroby Parkinsona, który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT), w tym wskaźniki odpowiedzi na leczenie, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;<br>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie |

| | | |
|---|---|---|
| odpowiedzi stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących;<br>2) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie terapii.<br>Kwalifikacja pacjenta do kolejnego leku w ramach programu lekowego wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Zaburzeń Motorycznych w Przebiegu Choroby Parkinsona. | | papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ. |

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:<br>1) *ekulizumabem,*<br>2) *rawulizumabem,*<br>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.<br><br>Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Atypowego Zespołu Hemolityczno-mocznicowego powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br>**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:**<br>1) pacjenci z aHUS z następującymi objawami mikroangiopatii zakrzepowej:<br>a) spełnienie jednego z kryteriów:<br>– 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**<br>Dawkowanie ekulizumabu i rawulizumabu zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego.<br>1) ekulizumab - podawane dawki należy określić w oparciu o masę ciała pacjenta<br>a) dawka początkowa maksymalna to podanie 900 mg, co tydzień przez pierwsze 4 tygodnie,<br>b) dawka podtrzymująca maksymalna to podanie 1200 mg w piątym tygodniu, a następnie dawka 1200 mg co 14 ± 2 dni.<br>2) rawulizumab - podawane dawki należy określić w oparciu o masę ciała pacjenta<br>a) dawka nasycająca maksymalna to podanie 3000 mg,<br>b) dawka podtrzymująca maksymalna podana 2 tygodnie po dawce nasycającej to podanie 3600 mg co 8 tygodni.<br><br>Wydłużenie czasu między dawkami możliwe na podstawie uchwały Zespołu Koordynacyjnego | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>**1.1. Ekulizumabem lub rawulizumabem u chorych nie leczonych wcześniej ekulizumabem**<br>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;<br>2) badanie STEC (PCR lub hodowla bakteryjna) w pierwszym rzucie choroby;<br>3) wykonanie badania potwierdzającego lub wykluczającego ciążę (u kobiet w wieku rozrodczym);<br>4) dehydrogenaza mleczanowa całkowita (LDH);<br>5) stężenie haptoglobiny (Hp) lub schistocyty;<br>6) morfologia krwi z rozmazem;<br>7) badanie ogólne moczu;<br>8) stężenie kreatyniny i wyliczony eGFR;<br>9) aminotransferaza asparaginowa (AspAT) i alaninowa (AlAT);<br>10) badania układu dopełniacza C3, CH50; leczenie można wdrożyć w oczekiwaniu na wynik;<br>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,<br>lub<br>– biopsja tkankowa potwierdzająca mikroangiopatię zakrzepową,<br>oraz<br>b) związane z mikroangiopatią zakrzepową uszkodzenie narządów:<br>– zaburzenia czynności nerek potwierdzone poziomem kreatyniny w surowicy >górna granica normy dla wieku,<br>lub<br>– hemodializa,<br>lub<br>– białkomocz/ albuminuria,<br>lub<br>– powikłania pozanerkowe wywołane mikroangiopatią tkankową, takie jak: powikłania sercowo-naczyniowe, lub neurologiczne, lub żołądkowo-jelitowe lub płucne;<br>lub<br>2) pacjenci z aHUS, u których stosowana jest plazmafereza/przetoczenie osocza;<br>3) pacjenci z aHUS zakwalifikowani do przeszczepienia nerki;<br>U ww. grup pacjentów z aHUS wymagane są:<br>4) wyniki badań:<br>a) aktywność ADAMTS-13 >5%,<br>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;<br>13) test Coombsa; leczenie można wdrożyć leczenie w oczekiwaniu na wynik;<br>14) w przypadku występowania u pacjentów:<br>a) objawów neurologicznych<br>– rezonans magnetyczny z angiografią,<br>lub<br>– tomografia komputerowa ośrodkowego układu nerwowego,<br>b) objawów ze strony układu pokarmowego:<br>– amylaza, lipaza oraz usg jamy brzusznej,<br>c) objawów ze strony układu sercowo-naczyniowego:<br>– troponina T lub troponina I, lub EKG, lub ECHO serca,<br>lub<br>– cewnikowanie serca.<br><br>**1.2. Rawulizumabem u chorych leczonych uprzednio ekulizumabem**<br>1) wykonanie badania potwierdzającego lub wykluczającego ciążę (u kobiet w wieku rozrodczym);<br>2) dehydrogenaza mleczanowa całkowita (LDH);<br>3) stężenie kreatyniny i wyliczony eGFR;<br>4) badania układu dopełniacza C3, CH50; leczenie można wdrożyć w oczekiwaniu na wynik;<br>5) w przypadku występowania u pacjentów:<br>a) objawów neurologicznych<br>– 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<br>a) po szczepieniu pacjenci powinni być ściśle monitorowani pod kątem objawów chorobowych, gdyż szczepienie może powodować dalszą aktywację dopełniacza,<br>b) profilaktyka antybiotykowa powinna u tych pacjentów być prowadzona przez 14 dni od zaszczepienia pacjenta;<br>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;<br>7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL;<br>8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;<br>9) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym.<br><br>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<br>– tomografia komputerowa ośrodkowego układu nerwowego;<br>b) objawów ze strony układu pokarmowego:<br>– amylaza, lipaza oraz usg jamy brzusznej,<br>c) objawów ze strony układu sercowo-naczyniowego:<br>– troponina T lub troponina I, lub EKG, lub ECHO serca, lub<br>– cewnikowanie serca.<br><br>**2. Monitorowanie leczeniaMonitorowanie terapii ekulizumabem**<br>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);<br>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);<br>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;<br>4) po upływie 1 roku leczenia monitorowanie leczenia opisane w ppkt. 1.1. odbywa się raz na 3 miesiące;<br>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:**<br>1) atypowy zespół hemolityczno-mocznicowy rozpoznany u pacjenta dorosłego, młodzieży lub dziecka o masie ciała ≥ 10 kg;<br>2) stosowanie ekulizumabu przez co najmniej 3 poprzednie miesiące, w trakcie których nastąpiła udokumentowana odpowiedź na stosowane leczenie;<br>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;<br>4) jeśli u pacjenta dokonywana jest zamiana leczenia z ekulizumabu, lekarz powinien sprawdzić aktualność szczepienia przeciwko meningokokom według krajowych wytycznych w zakresie stosowania szczepionek;<br>5) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL;<br>6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;<br>7) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>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.<br><br>Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe badania wraz z oceną skuteczności leczenia należy powtarzać po każdych kolejnych 3 miesiącach (±1 miesiąc).<br><br>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.<br><br>**2.2. Monitorowanie terapii rawulizumabem**<br>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;<br>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;<br>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;<br>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;<br>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;<br>a) Zespół Koordynacyjny podejmuje decyzje o kontynuacji leczenia ekulizumabem lub rawulizumabem u chorych z wysokim ryzykiem nawrotu choroby,<br>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;<br>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;<br>4) chorzy, u których czasowo przerwano leczenie, wymagają systematycznej oceny nawrotu mikroangiopatii zakrzepowej;<br>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.<br><br>Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe badania wraz z oceną skuteczności leczenia należy powtarzać po każdych kolejnych 6 miesiącach .<br><br>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.<br><br>**3. Monitorowanie w trakcie czasowego przerwania leczenia**<br>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):<br>1) badanie moczu (białkomocz, erytrocyturia);<br>2) oznaczenie stężenia hemoglobiny i liczby płytek krwi.<br><br>**4. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolera Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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**<br>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);<br>2) w przypadku leczenia rawulizumabem pacjenci o masie ciała < 10 kg;<br>3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;<br>4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;<br>5) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL;<br>6) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;<br>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:<br>*1) ekulizumabem,*<br>*2) rawulizumabem,*<br>*3) pegcetakoplanem,*<br>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.<br><br>Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Nocnej Napadowej Hemoglobinurii powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.<br>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.<br><br>**1. Leczenie ekulizumabem**<br>**1.1. Kryteria kwalifikacji**<br>**Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria:**<br>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.<br>Wydłużenie czasu między dawkami lub przerwanie podawania możliwe na podstawie decyzji Zespołu Koordynacyjnego pod warunkiem monitorowania skuteczności leczenia.<br>**1) ekulizumab-** podawane dawki należy określić w oparciu o masę ciała pacjenta zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego,<br>a) dawka początkowa maksymalna to 600 mg w infuzji dożylnej, co tydzień przez pierwsze 4 tygodnie,<br>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.<br><br>**2) rawulizumab** - podawane dawki należy określić w oparciu o masę ciała pacjenta zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego,<br>a) maksymalna dawka nasycająca to 3000 mg podana w infuzji dożylnej,<br>b) maksymalna dawka podtrzymująca to 3600 mg podana w infuzji dożylnej. Pierwszą dawkę | **1. Leczenie ekulizumabem**<br>**1.1. Badania przy kwalifikacji:**<br>1) badanie granulocytów oraz erytrocytów w cytometrze przepływowym pod katem obecności klonu PNH;<br>2) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym;<br>3) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH);<br>4) morfologia krwi obwodowej z rozmazem;<br>5) czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT);<br>6) czas protrombinowy (PT);<br>7) fibrynogen;<br>8) odczyn Coombsa;<br>9) oznaczenie grupy krwi;<br>10) stężenie kreatyniny w surowicy krwi;<br>11) stężenie mocznika w surowicy krwi;<br>12) aktywność aminotransferazy asparaginoej (AspAT);<br>13) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT);<br>14) stężenie bilirubiny całkowitej i bezpośredniej w surowicy krwi;<br>15) stężenie haptoglobiny (Hp) w surowicy krwi;<br>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;<br>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;<br>4) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;<br>5) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym.<br>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.<br><br>**1.2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>1) leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia;<br>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.<br><br>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),<br>e) stężenie bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;<br>4) badanie obecności klonów PNH w cytometrze przepływowym:<br>a) 6 miesięcy po rozpoczęciu leczenia i następne co 6 miesięcy przez okres 2 lat od rozpoznania,<br>b) następnie co 12 miesięcy w przypadku stabilizacji choroby i wielkości klonu.<br>W celu wykrycia ciężkiej hemolizy i innych reakcji, każdego pacjenta odstawiającego ekulizumab należy obserwować przez co najmniej 8 tygodni.<br>Należy dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii po 3 miesiącach wg wskaźników zgodnych z pkt 1) kryteriów wyłączenia, a następnie po każdych kolejnych 6 miesiącach.<br><br>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.<br><br>**2. Leczenie rawulizumabem**<br>**2.1. Badania przy kwalifikacji:**<br>**2.1.1. chorych, którzy niestosowali ekulizumabu.**<br>1) badanie granulocytów oraz erytrocytów w cytometrze przepływowym pod kątem obecności klonu PNH;<br>2) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym;<br>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;<br>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.<br><br>**1.3. Kryteria wyłączenia**<br>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);<br>2) ciąża – jeśli dalsze leczenie nie jest bezwzględnie konieczne;<br>3) karmienie piersią;<br>4) przeszczepienie allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (allo-HSCT);<br>5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;<br>6) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą; | | 4) morfologia krwi obwodowej z rozmazem;<br>5) czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT);<br>6) czas protrombinowy (PT);<br>7) fibrynogen;<br>8) odczyn Coombsa;<br>9) oznaczenie grupy krwi;<br>10) stężenie kreatyniny w surowicy krwi;<br>11) stężenie mocznika w surowicy krwi;<br>12) aktywność aminotransferazy asparaginowej (AspAT);<br>13) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT);<br>14) stężenie bilirubiny całkowitej i bezpośredniej w surowicy krwi;<br>15) stężenie haptoglobiny (Hp) w surowicy krwi;<br>16) stężenie sodu w surowicy krwi;<br>17) stężenie potasu surowicy krwi;<br>18) badanie ogólne moczu;<br>19) badanie wolnej hemoglobiny w moczu;<br>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).<br><br>**2.1.2. Badania przy kwalifikacji chorych, którzy stosowali ekulizumab.**<br>1) badanie granulocytów oraz erytrocytów w cytometrze przepływowym pod katem obecności klonu PNH;<br>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;<br>8) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;<br>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.<br><br>**2. Leczenie rawulizumabem**<br>**2.1. Kryteria kwalifikacji**<br>**Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria:**<br>**2.1.1. Chorzy nieleczeni uprzednio ekulizumabem:**<br>1) wiek ≥ 18 lat;<br>2) zdiagnozowana nocna napadowa hemoglobinuria z obecnością klonu PNH >1% oznaczonego w badaniu cytometrii przepływowej i co najmniej jeden z poniższych:<br>a) objawy hemolizy związane z PNH oraz (łącznie):<br>• aktywnością dehydrogenazy mleczanowej (LDH) ≥1,5 przekraczająca górną granicę normy (GGN),<br>• co najmniej jedno z powikłań związanych z hemolizą:<br>– niewydolność nerek,<br>– nadciśnienie płucne lub duszność, | | 3) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH).<br><br>**2.1.3. Monitorowanie leczenia**<br>1) co dwa tygodnie przez pierwsze 10 tygodni:<br>a) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH),<br>b) morfologia krwi obwodowej z rozmazem,<br>c) stężenie kreatyniny w surowicy krwi,<br>d) stężenie mocznika w surowicy krwi,<br>e) aktywność aminotransferazy asparaginowwej (AspAT),<br>f) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT),<br>g) stężenie bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;<br>2) po 10 tygodniu, raz na dwa miesiące lub częściej w uzasadnionych sytuacjach klinicznych:<br>a) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH),<br>b) morfologia krwi obwodowej z rozmazem;<br>3) po 10 tygodniu, raz na sześć miesięcy, a w uzasadnionych przypadkach raz na dwa miesiące:<br>a) stężenie kreatyniny w surowicy krwi,<br>b) stężenie mocznika w surowicy krwi,<br>c) aktywność aminotransferazy asparaginowej (AspAT),<br>d) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT),<br>e) stężenie bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;<br>4) badanie obecności klonów PNH w cytometrze przepływowym:<br>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,<br>– hemoglobinuria,<br>– bóle brzucha,<br>– niedokrwistość (stężenie hemoglobiny < 10g/dL),<br>– dysfagia,<br>– zaburzenia erekcji,<br>b) zakrzepica lub poważne zdarzenie naczyniowe w tym:<br>• zakrzepowe zapalenie żył głębokich/zakrzepica żył głębokich,<br>• zator tętnicy płucnej,<br>• zdarzenia mózgowo-naczyniowe,<br>• amputacja,<br>• zawał mięśnia sercowego,<br>• napad przemijającego niedokrwienia,<br>• niestabilna dławica piersiowa,<br>• zakrzepica żyły nerkowej,<br>• zakrzepica żył krezkowych,<br>• zakrzepica żyły wrotnej,<br>• zgorzel,<br>• ostre zamknięcia naczyń obwodowych;<br>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.<br>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.<br>W celu wykrycia ciężkiej hemolizy i innych reakcji, każdego pacjenta odstawiającego rawulizumab należy obserwować przez co najmniej 16 tygodni.<br>Należy dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii po 3 miesiącach wg wskaźników zgodnych z pkt 1) kryteriów wyłączenia, a następnie po każdych kolejnych 6 miesiącach.<br>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.<br>**3. Leczenie pegcetakoplanem**<br>**3.1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) morfologia krwi obwodowej z rozmazem i z liczbą retikulocytów;<br>2) trepanobiopsja (jeśli nie wykonywano w okresie ostatnich 6 miesięcy);<br>3) bezpośredni test antyglobulinowy (BTA) (odczyn Coombsa);<br>4) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH); |

| | | |
|---|---|---|
| antybiotykowa przez okres 2 tygodni od momentu zaszczepienia;<br>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;<br>5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;<br>6) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym.<br><br>**2.1.2. Chorzy stabilni klinicznie po terapii ekulizumabem:**<br>**Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria:**<br>1) wiek ≥ 18 lat;<br>2) zdiagnozowana nocna napadowa hemoglobinuria z obecnością klonu PNH >1% oznaczonego w badaniu cytometrii przepływowej;<br>3) stosowanie ekulizumabu przez co najmniej 6 ostatnich miesięcy;<br>4) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH) ≤1,5 górnej granicy normy (GGN);<br>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;<br>6) stężenie kreatyniny w surowicy krwi;<br>7) aktywność aminotransferazy asparaginowej (AspAT);<br>8) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT);<br>9) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym.<br>.<br>**3.2. Monitorowanie leczenia**<br>1) co tydzień przez pierwsze 5 tygodni:<br>a) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH),<br>b) morfologia krwi obwodowej z rozmazem,<br>c) stężenie kreatyniny w surowicy krwi,<br>d) stężenie mocznika w surowicy krwi,<br>e) aktywność aminotransferazy asparaginowej (AspAT),<br>f) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT),<br>g) stężenie bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;<br>2) po 5 tygodniu, raz na dwa tygodnie lub częściej w uzasadnionych sytuacjach klinicznych:<br>a) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH),<br>b) morfologia krwi obwodowej z rozmazem;<br>3) po 5 tygodniu, raz na cztery tygodnie lub częściej w uzasadnionych sytuacjach klinicznych:<br>a) stężenie kreatyniny w surowicy krwi,<br>b) stężenie mocznika w surowicy krwi,<br>c) aktywność aminotransferazy asparaginowej (AspAT),<br>d) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT), |

| | | |
|---|---|---|
| Leczniczego (zwanej dalej ChPL) leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym;<br>6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;<br>7) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym.<br>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.<br>**2.2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>1) leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia;<br>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;<br>4) badanie obecności klonów PNH w cytometrze przepływowym:<br>a) 6 miesięcy po rozpoczęciu leczenia i następne co 6 miesięcy przez okres 2 lat od rozpoznania,<br>b) co 12 miesięcy w przypadku stabilizacji choroby i wielkości klonu.<br>W celu wykrycia ciężkiej hemolizy i innych reakcji, każdego pacjenta odstawiającego pegcetakoplan należy obserwować przez co najmniej 8 tygodni.<br>Należy dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii po 3 miesiącach wg wskaźników zgodnych z pkt 1) kryteriów wyłączenia, a następnie po każdych kolejnych 6 miesiącach.<br>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.<br>**4. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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.<br>**2.3. Kryteria wyłączenia**<br>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);<br>2) ciąża – jeśli dalsze leczenie nie jest bezwzględnie konieczne;<br>3) karmienie piersią;<br>4) masa ciała poniżej 40 kg;<br>5) przeszczepienie allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (allo-HSCT);<br>6) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;<br>7) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;<br>8) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL;<br>9) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; | | skuteczności leczenia z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;<br>3) przekazywanie informacji 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.<br><br>**3. Leczenie pegcetakoplanem**<br>**3.1. Kryteria kwalifikacji**<br>**Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria:**<br>1) zdiagnozowana nocna napadowa hemoglobinuria z obecnością klonu PNH >1% oznaczonego w badaniu cytometrii przepływowej;<br>2) wiek ≥18 lat;<br>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;<br>4) nieobecność niewyleczonego zakażenia wywołanego przez bakterie otoczkowe, w tym Neisseria meningitidis, Streptococcus pneumoniae i Haemophilus influenzae;<br>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;<br>7) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;<br>8) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym.<br>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.<br><br>**3.2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>1) leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia;<br>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;<br>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.<br><br>**3.3. Kryteria wyłączenia**<br>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);<br>2) ciąża – jeśli dalsze leczenie nie jest bezwzględnie konieczne;<br>3) karmienie piersią;<br>4) przeszczepienie allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (allo-HSCT);<br>5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;<br>6) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;<br>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;<br>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:<br>1) eltrombopag;<br>2) romiplostym;<br>3) awatrombopag;<br>4) rytuksymab.<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) wiek ≥18 lat;<br>2) rozpoznanie pierwotnej małopłytkowości immunologicznej (ITP);<br>3) niedostateczna odpowiedź na co najmniej jedną wcześniejszą terapię farmakologiczną, w tym brak odpowiedzi na kortykosteroidy lub stwierdzenie steroidozależności lub nietolerancji kortykosteroidów;<br>4) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; | **1. Dawkowanie eltrombopagu**<br>1) zalecana dawka początkowa: 50 mg raz na dobę;<br>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.<br><br>**2. Dawkowanie romiplostymu**<br>1) dawka początkowa: 1 µg/kg mc. raz w tygodniu podskórnie, z uwzględnieniem masy ciała pacjenta na początku leczenia;<br>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.<br>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**<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) parametry czynności wątroby:<br>a) AlAT, AspAT, bilirubina całkowita – dotyczy kwalifikacji do leczenia **eltrombopagiem lub rytuksymabem,**<br>b) AST, AlAT, bilirubina całkowita, czas protrombinowy, stężenie albumin we krwi – dotyczy kwalifikacji do leczenia **romiplostymem,** lub **awatrombopagiem;**<br>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**;<br>4) oznaczenie stężenia immunoglobulin (IgG, IgA, IgM) w surowicy krwi – dotyczy kwalifikacji do leczenia **rytuksymabem**;<br>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;<br>4) zaburzenia czynności wątroby:<br>a) wynik w skali Child-Pugh ≥ 5 – dotyczy leczenia eltrombopagiem,<br>b) wynik w skali Child-Pugh ≥ 7 – dotyczy leczenia romiplostymem;<br>5) istotne zwiększenie się aktywności AlAT (powyżej trzykrotności górnej granicy normy dla lokalnego laboratorium) w przypadkach, gdy przekroczenie normy:<br>a) będzie narastać,<br>albo<br>b) będzie utrzymywać się ≥ 4 tygodni,<br>albo<br>c) będzie związane ze zwiększeniem stężenia bilirubiny bezpośredniej,<br>albo<br>d) będzie związane z objawami klinicznymi uszkodzenia wątroby lub objawami dekompensacji wątroby,<br>- dotyczy wyłącznie chorych leczonych **eltrombopagiem;**<br>6) okres ciąży lub karmienia piersią;<br>7) brak odpowiedzi na leczenie:<br>a) eltrombopagiem w dawce 75 mg podawanej przez 4 kolejne tygodnie leczenia (4 pomiary),<br>albo | | wykonywane po 6 miesiącach od rozpoczęcia leczenia romiplostymem lub awatrombopagiem;<br>3) w przypadku pojawienia się innych niż małopłytkowość, istotnych nieprawidłowości w morfologii krwi – trepanobiopsja szpiku kostnego wraz z oceną włóknienia retikulinowego;<br>4) badania przeprowadzane w okresie czasowego przerwania leczenia:<br>a) wykonywane raz w tygodniu przez 4 tygodnie:<br>– morfologia krwi z rozmazem;<br>5) badanie okulistyczne co 12 miesięcy – dotyczy leczenia **eltrombopagiem**.<br><br>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.<br><br>W celu monitorowania skuteczności leczenia lekarz prowadzący określa dla indywidualnego pacjenta rodzaj odpowiedzi na leczenie w oparciu o liczbę płytek krwi i krwawienia:<br>1) R (odpowiedź): liczba płytek ≥ 30 G/l oraz co najmniej jej dwukrotne zwiększenie w stosunku do wyjściowej liczby płytek i brak krwawień;<br>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,<br>albo<br>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;<br>8) trwała remisja choroby niewymagająca jakiegokolwiek leczenia;<br>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.<br><br>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.<br><br>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.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) 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**<br>**1.1. Kryteria kwalifikacji do leczenia eltrombopagiem lub romiplostymem**<br>1) wiek 1-18 lat;<br>2) rozpoznanie przewlekłej (trwającej powyżej 12 miesięcy) lub przetrwałej (rozumianej jako trwającej powyżej 6 miesięcy) pierwotnej małopłytkowości immunologicznej (ITP);<br>3) niedostateczna odpowiedź na wcześniejsze leczenie farmakologiczne ITP.<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br>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.<br>**1.2. Kryteria kwalifikacji do leczenia rytuksymabem**<br>1) wiek 1-18 lat; | **1. Dawkowanie eltrombopagu**<br>1) zalecana dawka początkowa eltrombopagu wynosi:<br>– 50 mg raz na dobę - dla pacjentów w wieku 6-17 lat,<br>– 25 mg raz na dobę - dla pacjentów w wieku 1-5 lat oraz dla pacjentów pochodzenia wschodnioazjatyckiego;<br>2) maksymalna dawka dobowa wynosi 75 mg;<br>3) dawkę leku modyfikuje się indywidualnie w zależności od liczby płytek krwi pacjenta - zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego.<br>Celem modyfikacji dawek jest osiągnięcie minimalnej dawki pozwalającej utrzymać liczbę płytek ≥ 50 tys./µl.<br>**2. Dawkowanie romiplostymu**<br>1) romiplostym powinien być podawany raz w tygodniu jako wstrzyknięcie podskórne; | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) morfologia krwi z rozmazem białokrwinkowym i liczbą płytek;<br>2) parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita, APTT, INR, albumina);<br>3) badanie okulistyczne – dotyczy kwalifikacji do eltrombopagu;<br>4) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym – jeśli dotyczy.<br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>1) badania przeprowadzane w pierwszych 4 tygodniach leczenia oraz w okresie braku odpowiedzi:<br>a) wykonywane co 1 tydzień (dla wszystkich):<br>– morfologia krwi z rozmazem białokrwinkowym i liczbą płytek,<br>b) wykonywane co 2 tygodnie (dotyczy leczenia eltrombopagiem):<br>– 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**<br>1) nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>2) zaburzenia czynności wątroby:<br>– wynik w skali Child-Pugh ≥ 5 – dotyczy leczenia eltrombopagiem,<br>– wynik w skali Child-Pugh ≥ 7 – dotyczy leczenia romiplostymem;<br>3) wyłącznie w przypadku leczenia eltrombopagiem:<br>istotne zwiększenie się aktywności AlAT (powyżej trzykrotności górnej granicy normy dla lokalnego laboratorium) w przypadkach, gdy przekroczenie normy:<br>a) będzie narastać,<br>albo<br>b) będzie utrzymywać się ≥ 4 tygodni,<br>albo<br>c) będzie związane ze zwiększeniem stężenia bilirubiny bezpośredniej,<br>albo<br>d) będzie związane z objawami klinicznymi uszkodzenia wątroby lub objawami dekompensacji wątroby;<br>4) okres ciąży lub karmienia piersią;<br>5) brak odpowiedzi na leczenie:<br>– eltrombopagiem w dawce 75 mg podawanej przez 4 kolejne tygodnie leczenia (4 pomiary),<br>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;<br>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**<br>**1.1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) wiek powyżej 18 roku życia;<br>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);<br>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;<br>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**<br>**1.1. Dawkowanie**<br>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.<br>Modyfikacja dawkowania (zwiększenie lub zmniejszenie dawki) jest możliwa na każdym etapie leczenia okresach nie krótszych niż co 12 tygodni.<br>**1.2. Sposób podawania**<br>1) Pasyreotyd jest podawany w głębokim wstrzyknięciu domięśniowym | **1. Leczenie pasyreotydem**<br>**1.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia pasyreotydem**<br>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);<br>2) ocena jakości życia (np. za pomocą skali Acromegaly Quality of Life Questionnaire (AcroQol);<br>3) ocena hormonalna: stężenie GH; stężenie IGF-1, ocena wyrównania czynności nadnerczy i tarczycy;<br>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;<br>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;<br>6) dyskwalifikacja z leczenia pasyreotydem z powodu niekontrolowanych zaburzeń gospodarki węglowodanowej (HbA1c > 7% (> 53 mmol/mol).<br>Kwalifikacja do leczenia pegwisomantem wymaga spełnienia warunków 1, 2, 3, 4.<br>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.<br>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.<br>Kwalifikacja do programu przeprowadzana jest przez lekarza prowadzącego, a w uzasadnionych przypadkach trudnych klinicznie, po zasięgnięciu opinii konsultanta krajowego w dziedzinie endokrynologii.<br>**2.2. Kryteria wyłączenia**<br>1) kandydaci do leczenia operacyjnego;<br>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;<br>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;<br>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;<br>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;<br>5) badania laboratoryjne: ocena stężenia glukozy w osoczu krwi żylnej na czczo zgodnie ze wskazaniami klinicznymi;<br>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;<br>7) ocena wyrównania czynności nadnerczy i tarczycy co 6 miesięcy;<br>8) ocena jakości życia po 12 miesiącach (np. skala AcroQoL).<br>**3. Monitorowanie programu**<br>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/1,73$m^2$;<br>4) AlAT i AspAT >3 x GGN (AlAT i AspAT > 5 x GGN u chorych z wyjściowo podwyższonym stężeniem AlAT i AspAT);<br>5) niewyrównana niedoczynność kory nadnerczy lub tarczycy (nieadekwatne leczenie substytucyjne);<br>6) okres ciąży lub karmienia piersią;<br>7) nadwrażliwość na pegwisomant lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku;<br>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;<br><br>**2.3. Określenie czasu leczenia w programie**<br>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;<br>3) przekazywanie informacji 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)

<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 leczenie:<br>1) dorosłym pacjentom z heterozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną:<br>a) alirokumabem,<br>b) ewolokumabem,<br>c) inklisiranem,<br>2) dorosłym pacjentom z homozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną:<br>a) lomitapidem,<br>3) dorosłym pacjentom z homozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną:<br>a) ewolokumabem,<br>4) dorosłym pacjentom z bardzo wysokim ryzykiem chorób układu sercowo-naczyniowego:<br>a) alirokumabem,<br>b) ewolokumabem,<br>c) inklisiranem,<br>5) pediatrycznym pacjentom z homozygotyczną lub heterozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną:<br>a) ewolokumabem,<br><u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u><br><br>1. Kryteria kwalifikacji</td>
<td>1. Dawkowanie<br>1.1. Alirokumab<br>150 mg alirokumabu podawane co 2 tygodnie lub 300 mg alirokumabu podawane co 4 tygodnie (miesięcznie).<br><br>1.2. Ewolokumab<br>1) heterozygotyczna postać hipercholesterolemii rodzinnej:<br>a) 140 mg ewolokumabu podawane co 2 tygodnie,<br>2) bardzo wysokie ryzyko chorób układu sercowo-naczyniowego:<br>a) 140 mg ewolokumabu podawane co 2 tygodnie,<br>3) homozygotyczna postać hipercholesterolemii rodzinnej:<br>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</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia<br>1) badanie lipidogramu;<br>2) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (AlAT);<br>3) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym);<br>4) dodatkowo w przypadku terapii alirokumabem, ewolokumabem, inklisiranem:<br>a) oznaczenie stężenia kreatyniny oraz badanie eGFR,<br>b) oznaczenie aktywności kinazy kreatynowej (CK);<br>5) dodatkowo w przypadku terapii lomitapidem:<br>a) wynik badania genetycznego potwierdzającego występowanie HoFH w wywiadzie,<br>b) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginowej (AspAT) i fosfatazy alkalicznej (ALP),<br>c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej,</td>
</tr>
</table>

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<br>lub<br>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);<br>albo<br>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.).<br>**1.2.2. dorosłych pacjentów z homozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną lomitapidem**<br>1) potwierdzona diagnoza homozygotycznej hipercholesterolemii rodzinnej (HoFH) na podstawie badania genetycznego;<br>2) brak innych postaci hipercholesterolemii;<br>3) spełnienie kryteriów kwalifikacji do leczenia LDL aferezą, a w przypadku pacjentów już leczonych, spełnienie tych kryteriów w momencie rozpoczynania leczenia LDL aferezą;<br>4) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z odpowiednią, aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;<br>5) kryteria kwalifikacji do leczenia LDL aferezą: LDL-C > 100 mg/dl (2,5 mmol/l) pomimo stosowania diety i:<br>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.<br><br>**2. Modyfikacja dawkowania**<br>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,<br>d) badania przesiewowe w celu wykrycia stłuszczeniowego zapalenia i zwłóknienia wątroby (co roku).<br><br>**3. Monitorowanie skuteczności leczenia**<br>1) badanie lipidogramu.<br>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.<br>W przypadku leczenia:<br>a) *alirokumabem* lub *ewolokumabem* (dotyczy pacjentów dorosłych) - badanie lipidogramu wykonuje się po 3 miesiącach leczenia, a następnie co 12 miesięcy,<br>b) *ewolokumabem* (dotyczy pacjentów pediatrycznych) - badanie lipidogramu wykonuje się po 3 miesiącach leczenia, a następnie co 6 miesięcy,<br>c) *inklisiranem* lub *lomitapidem* - badanie lipidogramu wykonuje się po 6 miesiącach leczenia, a następnie co 12 miesięcy.<br><br>**4. Monitorowanie programu**<br>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<br>lub<br>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<br>lub<br>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).<br>**1.2.3. dorosłych pacjentów z homozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną ewolokumabem**<br>1) potwierdzona diagnoza homozygotycznej hipercholesterolemii rodzinnej (HoFH) na podstawie badania genetycznego;<br>2) LDL-C > 100 mg/dl (2,5 mmol/l) pomimo stosowania diety i:<br>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),<br>lub<br>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;<br>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:<br>a) zmiana stężenia LDL-C;<br>b) zmiana stężenia TC;<br>c) zmiana stężenia HDL;<br>d) zmiana stężenia trójglicerydów;<br>e) procentowy spadek liczby zabiegów LDL aferezy.<br>3) 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);<br>albo<br>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.).<br>**1.2.4. dorosłych pacjentów z bardzo wysokim ryzykiem chorób układu sercowo-naczyniowego alirokumabem lub ewolokumabem lub inklisiranem**<br>1) LDL-C >70 mg/dl (1,8 mmol/l) pomimo stosowania diety i:<br>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,<br>lub<br>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).<br>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:<br>– z dodatkowo przebytym zawałem serca w wywiadzie<br>lub<br>– wielonaczyniową chorobą wieńcową, zdefiniowaną jako co najmniej 50% zwężenie światła naczynia w co najmniej 2 naczyniach<br>lub<br>– wiekiem poniżej 50 lat w chwili pierwszego zawału,<br>lub<br>– po uprzednio wykonanym zabiegu PCI lub CABG wielonaczyniowej choroby wieńcowej,<br>b) z chorobą miażdżycową tętnic innych niż wieńcowe, rozumianą jako:<br>– choroba tętnic obwodowych (PAD), tj.:<br>i. chromanie przestankowe ze wskaźnikiem kostka-ramię (ABI) <0,85<br>lub<br>ii. przebyta rewaskularyzacja tętnic obwodowych<br>lub<br>iii. amputacja kończyny z powodu choroby miażdżycowej<br>lub<br>– choroba tętnic mózgowych, tj.:<br>i. przebyty udar mózgu niedokrwienny<br>lub<br>ii. przemijający atak niedokrwienny (TIA)<br>lub<br>iii. przebyta rewaskularyzacja tętnic dogłowowych.<br>**1.2.5. pediatrycznych pacjentów z homozygotyczną lub heterozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną ewolokumabem**<br>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);<br>3) LDL-C > 100 mg/dl (2,5 mmol/l) pomimo stosowania diety i:<br>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),<br>lub<br>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).<br><br>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.<br><br>**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.<br>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.<br><br>**3. Zamiana leków**<br>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:<br>a) alirokumab lub ewolokumab na inklisiran,<br>lub<br>b) inklisiran na alirokumab lub ewolokumab.<br>Niedopuszczalna jest zamiana leków w obrębie tej samej grupy farmakoterapeutycznej, rozumiana jako zamiana leczenia alirokumabem na ewolokumab albo ewolokumabem na alirokumab.<br>Powyższe nie dotyczy pacjentów z homozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną.<br><br>**4. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) wystąpienie ciężkich reakcji alergicznych po podaniu leku;<br>2) brak skuteczności terapii:<br>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:<br>– 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),<br>– 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);<br>b) w przypadku leczenia lomitapidem rozumiany jako:<br>– 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;<br>– 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;<br>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:<br>– w momencie włączenia do programu lekowego, w przypadku pacjentów włączonych do programu zgodnie z podpunktem 1.2.5.,<br>– w momencie rozpoczęcia terapii, w przypadku pacjentów, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii;<br>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.<br>3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia;<br>4) okres ciąży lub karmienia piersią;<br>5) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;<br>6) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;<br>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)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| Kwalifikacji i monitorowania skuteczności leczenia świadczeniobiorców w okresie pozostawania w programie, dokonuje Zespół Koordynujący ds. Leczenia Rdzeniowego Zaniku Mięśni, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.<br>Program lekowy obejmuje terapie następującymi substancjami czynnymi:<br>**1.** onasemnogen abeparwowek;<br>**2.** nusinersen;<br>**3.** rysdyplam.<br>Powyższych terapii nie należy traktować jako linii leczenia.<br><br>**1. Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwowek**<br>**1.1. Kryteria kwalifikacji**<br>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;<br>2) wiek do 6 miesiąca życia (<180 dni) w momencie podania leku; | **1. Dawkowanie onasemnogenu abeparwoweku**<br>Dawkowanie onasemnogen abeparwowek oraz sposób modyfikacji dawkowania zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego (aktualną na dzień wydania decyzji refundacyjnej).<br><br>**2. Dawkowanie nusinersenu**<br>Dawkowanie nusinersenu oraz sposób modyfikacji dawkowania zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego (aktualną na dzień wydania decyzji refundacyjnej).<br>W przypadku pacjentów wymagających znieczulenia ogólnego do wykonania nakłucia lędźwiowego - znieczulenie ogólne zgodnie z obowiązującymi w ośrodku procedurami.<br>W uzasadnionych kliniczne przypadkach dopuszcza się podanie nusinersenu dooponowo przez nakłucie podpotyliczne w przypadku kiedy podanie leku dooponowo drogą nakłucia lędźwiowego nie jest możliwe. | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>**1.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia substancją czynną onasemnogen abeparwowek**<br>1) badanie ogólnolekarskie;<br>2) badanie miana przeciwciał AAV9;<br>3) badanie czynności wątroby: AlAT, AspAT, bilirubina całkowita, GGTP;<br>4) morfologia krwi z rozmazem;<br>5) liczba płytek krwi;<br>6) stężenie troponiny I;<br>7) badanie genetyczne potwierdzające bialleliczną mutację genu SMN1;<br>8) badanie określające ilość kopii genu SMN2 z wykorzystaniem techniki MLPA lub innych specyficznych technik;<br>9) ocena zdolności połykania;<br>10) badanie zaburzeń nerwowo-mięśniowych w skali CHOP-INTEND;<br>11) ocena kamieni milowych rozwoju motorycznego w skali WHO;<br>12) określenie masy ciała pacjenta w stosunku do wieku z wykorzystaniem siatek centylowych; |

| | | |
|---|---|---|
| 3) zachowana zdolność połykania w ocenie lekarza kwalifikującego;<br>4) ocena w skali CHOP – INTEND powyżej 12 punktów w momencie podania leku;<br>5) posiadanie aktualnych informacji o szczepieniach obowiązkowych;<br>6) brak jakiegokolwiek wcześniejszego leczenia z powodu SMA, w tym:<br>a) brak wcześniejszego leczenia z wykorzystaniem substancji czynnej nusinersen lub rysdyplam w ramach niniejszego programu lekowego;<br>b) brak wcześniejszego leczenia SMA w ramach badań klinicznych;<br>c) brak wcześniejszego leczenia SMA w ramach programów wczesnego dostępu;<br>d) brak wcześniejszego leczenia SMA w ramach innego sposobu finansowania terapii;<br>7) świadoma zgoda rodziców lub opiekunów prawnych pacjenta na warunki programu lekowego oraz harmonogram wizyt.<br>8) brak przeciwwskazań określonych w punkcie 1.2.<br>Powyższe kryteria muszą być spełnione łącznie.<br>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).<br>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**<br>Dawkowanie rysdyplamu oraz sposób modyfikacji dawkowania zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego (aktualną na dzień wydania decyzji refundacyjnej). | 13) badanie stężenia kreatyniny i mocznika;<br>14) badanie poziomu hemoglobiny;<br>15) inne badania i konsultacje specjalistyczne o ile są wskazania, w tym: konsultacja gastrologa, konsultacja pulmonologa, EKG.<br>**1.2. Badania przy kwalifikacji do leczenia substancją czynną nusinersen**<br>1) badanie genetyczne potwierdzające delecję lub mutację genu SMN1;<br>2) badanie potwierdzające liczbę kopii genu SMN2;<br>3) badanie neurologiczne z oceną w skali CHOP-INTEND lub HINE, lub HFMSE - stosownie do wieku i typu SMA;<br>4) konsultacja rehabilitacyjna lub fizjoterapeutyczna oraz ustalenie planu rehabilitacji dla pacjenta;<br>5) badania biochemiczne, w tym oceniające funkcję wątroby, nerek (białkomocz) i układu krzepnięcia (koagulogram);<br>6) morfologia krwi z rozmazem;<br>7) konsultacja anestezjologiczna - u pacjentów, którzy wymagają znieczulenia ogólnego;<br>8) konsultacja ortopedyczna – w zależności od stanu klinicznego pacjenta;<br>9) konsultacja gastroenterologiczna lub dietetyczna w zależności od stanu klinicznego pacjenta;<br>10) test ciążowy - u kobiet w wieku reprodukcyjnym.<br>**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.<br><br>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.<br><br>**1.2. Kryteria stanowiące przeciwskazania do włączenia do programu**<br>1) tracheostomia i konieczność stosowania wentylacji mechanicznej inwazyjnej lub konieczność nieinwazyjnego wspomagania wentylacji średnio ≥ 16 godzin dziennie przez 7 dni przed kwalifikacją do programu;<br>2) niewydolność oddechowa od urodzenia;<br>3) masa ciała mniejsza niż 2,6 kg lub większa niż 13,5 kg;<br>4) zaburzenia połykania wymagające karmienia z zastosowaniem sondy dożołądkowej lub gastrostomii odżywczej;<br>5) znana aktywna infekcja uniemożliwiająca zastosowanie terapii;<br>6) choroby współistniejące uniemożliwiające podanie leczenia w ocenie lekarza prowadzącego lub Zespołu Koordynującego;<br>7) nadwrażliwość na substancję czynną lub substancje pomocnicze leku, znana alergia lub nadwrażliwość na | | 1) badanie genetyczne potwierdzające delecję lub mutację genu SMN1;<br>2) badanie potwierdzające liczbę kopii genu SMN2;<br>3) badanie neurologiczne z oceną w skali CHOP-INTEND lub HINE, lub HFMSE - stosownie do wieku i typu SMA;<br>4) morfologia krwi z rozmazem;<br>5) badania biochemiczne, w tym oceniające funkcję wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina);<br>6) konsultacja rehabilitacyjna lub fizjoterapeutyczna oraz ustalenie planu rehabilitacji dla pacjenta;<br>7) konsultacja ortopedyczna;<br>8) konsultacja gastroenterologiczna lub dietetyczna w zależności od stanu klinicznego pacjenta;<br>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.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>**2.1. Monitorowanie leczenia z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwowek**<br>**2.1.1. Ocena skuteczności leczenia**<br>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;<br>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;<br>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;<br>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;<br>10) inne wymienione w Charakterystyce Produktu Leczniczego.<br><br>**1.3. Zakończenie leczenia w programie**<br>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.<br>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.<br><br>**2. Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni z wykorzystaniem substancji czynnej nusinersen**<br>**2.1. Kryteria kwalifikacji**<br>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:<br>a) konieczność włączenia stałej wentylacji mechanicznej w okresie 48 miesięcy od dnia podania leku, rozumianej jako:<br>– 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),<br>– 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.<br>b) utratę uzyskanych kamieni milowych rozwoju motorycznego w okresie 48 miesięcy od podania leku.<br>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).<br>4) jako brak osiągnięcia kamieni milowych rozwoju motorycznego (dotyczy pacjentów przedobjawowych) uznaje się:<br>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.<br>2) do leczenia nusinersenem kwalifikowani są pacjenci, którzy nie byli leczeni z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwowek w ramach niniejszego programu lekowego;<br>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.<br>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.<br>Kryteria 1) i 2) muszą być spełnione łącznie.<br><br>Do leczenia nusinersenem mogą zostać zakwalifikowani pacjenci leczeni uprzednio rysdyplamem w ramach niniejszego programu lekowego, u których wystąpiła wyłącznie nietolerancja leczenia rysdyplamem.<br><br>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.<br><br>**2.1.2. Badania laboratoryjne**<br>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):<br>a) badanie aktywności aminotransferaz wątrobowych i poziom bilirubiny całkowitej;<br>b) badanie liczby płytek krwi;<br>c) stężenie troponiny I;<br>d) inne badania i pomiary konieczne ze względu na stan zdrowia (np. ciśnienie tętnicze) w zależności od decyzji lekarza prowadzącego.<br><br>**2.2. Monitorowanie leczenia z wykorzystaniem substancji czynnej nusinersen**<br>1) badanie neurologiczne przed każdym podaniem dawki;<br>2) badanie w skali CHOP-INTEND lub HINE, lub HFMSE (stosownie do wieku i typu SMA) przy dawkach podtrzymujących;<br>3) ocena przez fizjoterapeutę wykonania planu rehabilitacji;<br>4) ocena gastroenterologa i/lub dietetyka w zależności od stanu pacjenta;<br>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.<br><br>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:<br>1) opis dotychczasowych wyników leczenia, w tym daty włączenia i zakończenia terapii oraz daty ocen funkcjonalnych i ocen w odpowiednich skalach,<br>2) opis okoliczności, które mogłyby się przyczynić do ewentualnego pogorszenia stanu pacjenta.<br><br>**2.2. Określenie czasu leczenia w programie**<br><br>Leczenie powinno być stosowane tak długo jak osiągana jest skuteczność kliniczna oraz nie wystąpią kryteria wyłączenia.<br><br>Łączny czas leczenia pacjenta nusinersenem zależy od decyzji lekarza prowadzącego.<br><br>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.<br><br>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.<br><br>**2.3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>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;<br>7) morfologia krwi z rozmazem wykonywana przed podaniem kolejnej dawki nusinersenu;<br>8) w przypadku pacjentek w wieku reprodukcyjnym – test ciążowy każdorazowo przed każdym podaniem dawki;<br><br>**2.3. Monitorowanie leczenia z wykorzystaniem substancji czynnej rysdyplam**<br>1) badanie neurologiczne po 2 miesiącach, 6 miesiącach, a następnie co 6 miesięcy;<br>2) badanie w skali CHOP-INTEND lub HINE, lub HFMSE (stosownie do wieku i typu SMA) nie rzadziej niż co 6 miesięcy;<br>3) badania biochemiczne, w tym oceniające funkcję wątroby – po 2 miesiącach, 6 miesiącach, a następnie co 6 miesięcy;<br>4) morfologia krwi z rozmazem - po 2 miesiącach, 6 miesiącach, a następnie co 6 miesięcy;<br>5) ocena przez fizjoterapeutę wykonania planu rehabilitacji;<br>6) ocena gastroenterologa i/lub dietetyka w zależności od stanu pacjenta;<br>7) Ocena stanu odżywienia i wydolności oddechowej w zależności od stanu pacjenta, ale nie rzadziej niż raz do roku;<br>8) w przypadku pacjentek w wieku rozrodczym - test ciążowy co 6 miesięcy.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich |

| | | |
|---|---|---|
| 2) przeciwskazania bezwzględne do nakłucia lędźwiowego;<br>3) drenaż płynu mózgowo-rdzeniowego;<br>4) pogorszenie w odpowiednio dobranej do wieku i typu SMA, skali:<br>a) CHOP INTEND, HINE poniżej poziomu sprzed włączenia do leczenia utrzymujące się w dwóch kolejnych badaniach realizowanych co 4 miesiące<br>lub<br>b) HFMSE o więcej niż 2 punkty poniżej poziomu sprzed włączenia do terapii potwierdzone w dwóch kolejnych badaniach realizowanych co 4 miesiące;<br>5) wystąpienie któregokolwiek z przeciwwskazań w trakcie trwania terapii:<br>6) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>7) przeciwwskazania do nakłucia lędźwiowego;<br>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.<br><br>**3. Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni z wykorzystaniem substancji czynnej rysdyplam**<br>**3.1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) do leczenia rysdyplamem kwalifikowani są pacjenci w wieku 2 miesięcy i starsi:<br>a) z klinicznym rozpoznaniem SMA typu 1, typu 2 lub typu 3<br>lub<br>b) posiadający od jednej do czterech kopii genu SMN2; | | przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) w przypadku terapii z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwowek przekazywanie za pośrednictwem rejestru SMPT danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii:<br>a) przeżycie (niewystąpienie zgonu),<br>b) konieczności wykonania tracheostomii,<br>c) konieczności stałej wentylacji,<br>d) zależności od wspomagania wentylacji,<br>e) osiągnięcie kamieni milowych, dotyczących etapów rozwojowych w zakresie funkcji motorycznych,<br>f) utrata uzyskanych uprzednio kamieni milowych,<br>g) wyniki testu zaburzeń nerwowo-mięśniowych (CHOP-INTEND) w stosunku do wartości przed podaniem leku,<br>h) wymaganie wspomagania żywienia innego niż żywienie doustne.<br>Dodatkowo, Świadczeniodawca zobowiązany jest do gromadzenia dokumentacji w formie nagrań wideo oraz zdjęć umożliwiających ocenę skuteczności terapii pacjenta.<br>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.<br>Utratę uzyskanych kamieni milowych rozwoju ruchowego, należy udokumentować za pomocą nagrań wideo |

| | | |
|---|---|---|
| 2) do leczenia rysdyplamem kwalifikowani są wyłącznie pacjenci mający udokumentowane przeciwwskazania do leczenia nusinersenem lub pacjenci, u których stwierdzono przeciwwskazania do terapii nusinersenem w trakcie leczenia nusinersenem;<br>3) do leczenia rysdyplamem kwalifikują się pacjenci, którzy nie byli leczeni z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwowek w ramach niniejszego programu lekowego;<br>4) w celu zapewnienia kontynuacji terapii do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci uprzednio leczeni rysdyplamem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że na dzień rozpoczęcia terapii mieli rozpoznanie rdzeniowego zaniku mięśni 5q potwierdzone badaniem genetycznym oraz jednocześnie nie spełniali kryteriów wyłączenia z programu określonych w pkt. 3.3;<br>5) w przypadku pacjentów, którzy wcześniej otrzymali leczenie onasemnogenem abeparwowekiem, nusinersenem lub branaplamem w ramach badań klinicznych, programów wczesnego dostępu lub w ramach innego sposobu finansowania terapii, we wniosku dotyczącym włączenia do programu lekowego konieczne jest zaraportowanie tych terapii wraz z podaniem czasu ich trwania oraz ich skuteczności, czyli liczby punktów w odpowiedniej skali funkcjonalnej sprzed terapii i po jej zakończeniu.<br>Kryteria 1), 2) i 3) muszą być spełnione łącznie.<br><br>Do programu włącza się, bez konieczności ponownej kwalifikacji, w celu zapewnienia kontynuacji terapii: | | przeprowadzonych w chwili uzyskania danego kamienia milowego oraz w momencie jego utraty z potwierdzeniem tego faktu po 3 miesiącach.<br>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.<br>4) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ. |

| | | |
|---|---|---|
| 1) pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą, które w momencie wyłączenia spełniały kryteria pozostania w programie.<br>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.<br>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:<br>1) opis dotychczasowych wyników leczenia, w tym daty włączenia i zakończenia terapii oraz daty ocen funkcjonalnych i ocen w odpowiednich skalach,<br>2) opis okoliczności, które mogłyby się przyczynić do ewentualnego pogorszenia stanu pacjenta.<br><br>**3.2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie powinno być stosowane tak długo jak osiągana jest skuteczność kliniczna oraz nie wystąpią kryteria wyłączenia.<br>Łączny czas leczenia pacjenta rysdyplamem zależy od decyzji lekarza prowadzącego.<br>Po 6 miesiącach przeprowadza się ocenę skuteczności leczenia.<br>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.<br><br>**3.3. Kryteria wyłączenia z programu** | | |

| | | |
|---|---|---|
| 1) pogorszenie w, odpowiednio dobranej do wieku i typu SMA, skali:<br>a) CHOP INTEND, HINE poniżej poziomu sprzed włączenia do leczenia utrzymujące się w dwóch kolejnych badaniach realizowanych co 6 miesięcy<br>lub<br>b) HFMSE o więcej niż 2 punkty poniżej poziomu sprzed włączenia do terapii potwierdzone w dwóch kolejnych badaniach realizowanych co 6 miesięcy;<br>2) wystąpienie w trakcie trwania terapii któregokolwiek z przeciwwskazań wymienionych w Charakterystyce Produktu Leczniczego;<br>3) ciąża;<br>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)

<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 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.<br><br>1. Kryteria kwalifikacji do leczenia agalzydazą beta lub agalzydazą alfa lub migalastatem<br>Do leczenia agalzydazą beta lub agalzydazą alfa kwalifikują się pacjentci spełniający łącznie punkty 1,2 i 3.<br>Do leczenia migalastatem kwalifikują się pacjenci spełniający łącznie punkty 1,2,3 i 4.<br>1) W przypadku leczenia agalzydazą beta i agalzydazą alfa pacjenci od 8 roku życia, a w przypadku migalastatu powyżej 16 roku życia;<br>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;</td>
<td>Dawkowanie agalzydazy beta<br>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.<br><br>Dawkowanie agalzydazy alfa<br>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.<br><br>Dawkowanie migalastatu<br>Zalecany schemat dawkowania wynosi 123 mg migalastatu, co drugi dzień, o tej samej porze dnia. Podawanie migalastatu prowadzi się zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego.</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji<br>1) Poziom globotriaozylosfingozyny (lyso-Gb3);<br>2) Badanie genetyczne oraz ocena aktywności alfa-galaktozydazy A w leukocytach lub fibroblastach skóry, lub osoczu, lub w surowicy(zgodnie z kryteriami kwalifikacji);<br>3) Morfologia krwi z rozmazem;<br>4) Wysokość i masa ciała;<br>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;<br>6) USG jamy brzusznej z oceną nerek;<br>7) EKG, echokardiografia spoczynkowa, 24-godzinne monitorowanie EKG metodą Holtera, MRI serca (w uzasadnionych przypadkach), ciśnienie krwi tętniczej;<br>8) Konsultacja kardiologiczna, nefrologiczna, neurologiczna;<br>9) Rezonans magnetyczny mózgu;</td>
</tr>
</table>

| | | |
|---|---|---|
| 3) Rozpoznanie choroby Fabry'ego udokumentowane wynikiem:<br>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;<br>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;<br>4) Obecność mutacji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego oraz GFR $\geq$ 30 ml/min/1,73 $m^2$;<br>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.<br>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);<br>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;<br>12) Badanie audiometryczne, konsultacja laryngologiczna lub audiologiczna (w uzasadnionych przypadkach);<br>13) Konsultacja okulistyczna, z oceną dna oka i przedniego odcinka oka (w uzasadnionych przypadkach);<br>14) Konsultacja dermatologiczna, z oceną zmian skórnych w kierunku angiokeratomy i potliwości (w uzasadnionych przypadkach).<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>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:<br>1) Wysokość i masa ciała;<br>2) Morfologia krwi z rozmazem;<br>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.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br>Ciąża lub karmienie piersią w trakcie leczenia mogą stanowić podstawę do podjęcia decyzji o zawieszeniu terapii.<br><br>**3. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do rozpoczęcia leczenia agalzydazą beta lub agalzydaza alfa lub migalastatem**<br>1) Dzieci poniżej 8. roku życia (agalzydaza beta lub agalzydaza alfa) lub poniżej 16. roku życia (migalastat);<br>2) Brak odpowiedniej mutacji – dotyczy migalastatu;<br>3) Jednoczasowe stosowanie enzymatycznej terapii zastępczej – dotyczy migalastatu;<br>4) Poważna reakcja nadwrażliwości na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>5) Stosowanie chlorochiny, amiodaronu, monobenzonu lub gentamycyny – dotyczy leczenia agalzydazą beta lub agalzydaza alfa;<br>6) Dializoterapia - dotyczy migalastatu;<br>7) GFR < 30 ml/min/1,73m$^2$ - dotyczy migalastatu:<br>8) Pacjenci z bezobjawową postacią choroby;<br>9) Ciąża lub laktacja; | | (eGFR), wydalanie białka z moczem – proteinuria i albuminuria, lipidogram;<br>4) EKG, echokardiografia spoczynkowa, w uzasadnionych przypadkach 24-godzinne monitorowanie EKG metodą Holtera, ciśnienie krwi tętniczej oraz MRI serca (w uzasadnionych przypadkach);<br>5) Konsultacja kardiologiczna, nefrologiczna, neurologiczna;<br>6) Rezonans magnetyczny ośrodkowego układu nerwowego (jeżeli w opinii lekarza prowadzącego zachodzi uzasadniona potrzeba);<br>7) Badanie fizykalne oraz wywiad lekarza prowadzącego w kierunku charakterystycznych objawów choroby Fabry'ego<br>(w tym: tolerancji ciepła i zimna, bólu, pocenia, objawów gastrologicznych i angiokeratomy) oraz tolerancji podawanego leku;<br>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;<br>9) Poziom globotriaozylosfingozyny (lyso-Gb3);<br>10) Ocena miana przeciwciał przeciwko alfa-galaktozydazie (w uzasadnionych przypadkach);<br>11) Badanie audiometryczne, konsultacja laryngologiczna lub audiologiczna (w uzasadnionych przypadkach);<br>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;<br>11) Zawansowane zmiany w zakresie OUN;<br>12) Końcowe stadium choroby nerek, bez możliwości przeszczepu;<br>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.<br><br>**4. Kryteria wyłączenia z programu leczenia agalzydazą beta lub agalzydazą alfa lub migalastatem**<br>1) Wystąpienie zagrażającej życiu nadwrażliwości na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>2) Wystąpienie ciężkich zdarzeń niepożądanych;<br>3) Rozpoczęcie terapii chlorochiną, amiodaronem, monobenzonem lub gentamycyną – dotyczy leczenia agalzydazą beta lub agalzydazą alfa;<br>4) Ciąża lub laktacja;<br>5) Znaczna progresja choroby pomimo leczenia;<br>6) Brak współpracy pacjenta przy realizacji programu. | | 13) Konsultacja dermatologiczna, z oceną zmian skórnych w kierunku angiokeratomy i potliwości (w uzasadnionych przypadkach).<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowo przedstawianie na żądanie kontrolerów NFZ;<br>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;<br>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)

| 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 Zapalenia Błony Naczyniowej Oka, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.<br><br>W programie finansuje się:<br>1) systemowe leczenie immunologiczne – *adalimumabem;*<br>2) leczenie miejscowe – *deksametazonem w postaci implantu doszklistkowego*.<br>Do oceny stanu klinicznego pacjentów stosowane są kryteria SUN, opisane w *standaryzacji nomenklatury zapaleń błony naczyniowej (Standarization of Uveitis Nomenclature)*.<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br>Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych terapii.<br>**1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji**<br>1) wiek 18 lat i powyżej;<br>2) potwierdzenie niezakaźnego przewlekłego, przetrwałego lub nawrotowego zapalenia błony naczyniowej oka (ZBN) – części pośredniej, odcinka tylnego lub całej błony naczyniowej; | **1. Dawkowanie**<br>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.<br><br>**1.1. Dawkowanie adalimumabu**<br>80 mg początkowo, podskórnie.<br>Następnie, po tygodniu od dawki początkowej, 40 mg podskórnie co dwa tygodnie.<br><br>**1.2. Dawkowanie deksametazonu**<br>Jeden implant doszklistkowo, nie częściej niż co 6 miesięcy. | **1. Badania przy kwalifikacji do programu**<br>Muszą zostać wykonane badanie ogólne (1.1.) oraz badania szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych terapii.<br><br>**1.1. Badania ogólne**<br>1) badanie okulistyczne obejmujące:<br>a) ocenę najlepszej skorygowanej ostrości wzroku (BCVA) na tablicach Snellena lub ETDRS,<br>b) pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego,<br>c) ocenę dna oka i plamki żółtej w badaniu optycznej koherentnej tomografii (OCT lub angio-OCT),<br>d) badanie ultrasonograficzne (typ B) gałki ocznej,<br>e) ocenę stopnia nacieków komórkowych w komorze przedniej oka według kryteriów SUN,<br>f) ocenę stopnia przymglenia ciała szklistego według kryteriów SUN.<br><br>**1.2. Szczegółowe badania przy kwalifikacji do terapii**<br>**1.2.1. *Adalimumabem***<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) oznaczenie poziomu płytek krwi (PLT); |

| | | |
|---|---|---|
| 3) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;<br>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;<br>5) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL;<br>6) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią.<br><br>**1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii**<br>**1.2.1. *Adalimumabem***<br>a) niemożliwe do osiągnięcia stadium nieaktywne choroby:<br>– przy dawce ≤10 mg prednizolonu lub dawce równoważnej innego leku sterydowego lub<br>– przy terapii lekami immunosupresyjnymi lub<br>– przy kombinacji obu powyższymi terapiami<br>po kursie leczenia trwającym 15 tygodni<br>lub<br>b) konieczność zmniejszenia dawki kortykosteroidów lub odstawienia leczenia immunosupresyjnego, u chorych z chorobą nieaktywną, u których udokumentowano co najmniej 1 zaostrzenie choroby występujące:<br>– do 28 dni od rozpoczęcia zmniejszania dawki kortykosteroidów lub<br>– w czasie stabilizacji choroby po odstawieniu obu typów leków, trwającej krócej niż 3 miesiące | | 3) odczyn Biernackiego;<br>4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej we krwi;<br>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej we krwi;<br>6) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;<br>7) oznaczenie poziomu białka C-reaktywnego we krwi (CRP);<br>8) oznaczenie stężenia elektrolitów w surowicy krwi;<br>9) badanie ogólne moczu;<br>10) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon;<br>11) test na kiłę;<br>12) test na boreliozę;<br>13) oznaczenie obecności antygenu HBs;<br>14) oznaczenie przeciwciał anty-HCV;<br>15) oznaczenie obecności antygenu wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo);<br>16) badanie RTG klatki piersiowej (do 6 miesięcy przed kwalifikacją do programu);<br>17) elektrokardiogram (EKG);<br>18) konsultacja neurologiczna z ewentualnym badaniem MRI do decyzji lekarza konsultującego;<br>19) rezonans magnetyczny w razie wskazań klinicznych;<br>20) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym).<br><br>**1.2.2. *Deksametazonem w postaci implantu***<br>1) angiografia fluoresceinowa lub angio-OCT lub w przypadkach trudnych z diagnostycznego punktu widzenia angiografia indocyjaninowa - opcjonalnie lub na prośbę Zespołu Koordynacynego. |

| | | |
|---|---|---|
| lub<br>c) występowanie przeciwwskazań lub nietolerancji terapii z zastosowaniem kortykosteroidów lub leków immunosupresyjnych.<br>Choroba nieaktywna definiowana jest jako:<br>1) brak aktywnej zapalnej zmiany naczyniówki i siatkówki lub naczyń siatkówki;<br>2) stopień nacieków komórkowych w komorze przedniej oka 0,5+ według kryteriów SUN;<br>3) stopień przymglenia ciała szklistego oka 0,5+ według kryteriów SUN.<br><br>**1.1.2. *Deksametazonem w postaci implantu***<br>a) obecność klinicznie znamiennego obrzęku plamki w przebiegu ZBN;<br>b) najlepsza skorygowana ostrość wzroku (BCVA) w leczonym oku w zakresie 0,1 – 0,8, określona na tablicach Snellena lub ETDRS.<br><br>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.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. | | **2. Monitorowanie leczenia**<br>**2.1. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia**<br>**2.1.1. *Adalimumabem***<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) CRP;<br>3) odczyn Biernackiego;<br>4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;<br>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;<br>6) test Quantiferon lub próba tuberkulinowa;<br>7) konsultacja neurologiczna z ewentualnym badaniem MRI (do decyzji lekarza konsultującego).<br>Badania z pkt 1 – 5 wykonuje się przed podaniem:<br>a) 3 dawki leku;<br>b) 5 dawki leku;<br>c) każdej kolejnej 5 dawki leku – do decyzji lekarza prowadzącego.<br>Badania z pkt 6 i 7 wykonuje się co 6 miesięcy.<br><br>**2.1.2. *Deksametazonem***<br>1) ocena najlepszej skorygowanej ostrości wzroku (BCVA) na tablicach Snellena lub ETDRS;<br>2) pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego;<br>3) ocena dna oka i plamki żółtej w badaniu optycznej koherentnej tomografii (OCT lub angio-OCT);<br>Badania wykonuje się przed każdym podaniem leku.<br><br>**2.2. Monitorowanie skuteczności leczenia** |

| | | |
|---|---|---|
| **2.1. Czas leczenia w programie adalimumabem**<br>W przypadku braku powikłań leczenie powinno być prowadzone przez 24 miesiące.<br>Za remisję należy uznać brak aktywności choroby zgodnie z kryteriami SUN, trwający dłużej niż 3 miesiące po odstawieniu leczenia.<br><br>**2.2. Czas leczenia w programie deksametazonem w postaci implantu**<br>Pacjent, u którego przed podaniem kolejnego implantu nie stwierdza się obrzęku plamki zostaje wyłączony z programu.<br>W przypadku nawrotów obrzęku plamki u takiego pacjenta, może być on ponownie włączony do programu, zgodnie z kryteriami kwalifikacji.<br>Pacjent w ramach programu może otrzymać maksymalnie 3 dawki deksametazonu do jednego oka.<br>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.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>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:<br>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.<br>W celu oceny skuteczności leczenia wykonuje się badanie okulistyczne obejmujące:<br>1) ocenę najlepszej skorygowanej ostrości wzroku (BCVA) na tablicach Snellena lub ETDRS;<br>2) pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego;<br>3) ocenę przedniego odcinka i dna oka;<br>4) ocenę plamki za pomocą optycznej koherentnej tomografii (OCT);<br>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.<br><br>**2.2.1. Kryteria oceny skuteczności leczenia adalimumabem**<br>Ocena skuteczności leczenia odbywa się przed podaniem każdej kolejnej 5 dawki leku.<br>Poprawa definiowana jest jako:<br>1) zmniejszenie liczby komórek w komorze przedniej lub zmniejszenie przymglenia ciała szklistego, według kryteriów SUN:<br>a) o ≤ 2 przy stanie początkowym większym lub równym 2;<br>b) do poziomu 0 przy stanie początkowym mniejszym niż 2;<br>lub<br>2) zmniejszenie się lub brak aktywnych zmian zapalnych naczyniówki lub siatkówki lub naczyń siatkówki<br>lub |

| | | |
|---|---|---|
| lub<br>b) pogorszenie najlepszej skorygowanej ostrości wzroku do dali względem wartości początkowej o co najmniej 15 liter na tablicach Snellena lub ETDRS<br>lub<br>c) zwiększenie stopnia nacieków komórkowych w komorze przedniej oka oraz stopnia przymglenia ciała szklistego:<br>– do stopnia 0,5+ dla pacjentów, którzy przy kwalifikacji osiągnęli stopień 0 według kryteriów SUN lub<br>– o 2 stopnie lub zwiększenie ze stopnia +3 na +4 dla pozostałych pacjentów;<br>2) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;<br>3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;<br>4) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają monitorowanie przebiegu leczenia lub jego dalsze prowadzenie;<br>5) okres ciąży lub karmienia piersią;<br>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<br>lub<br>4) stabilizacja ostrości wzroku.<br><br>**2.2.2. Kryteria oceny skuteczności leczenia deksametazonem**<br>Po 4 miesiącach od pierwszego podania implantu (+/- 7 dni) dokonuje się oceny pod kątem wystąpienia zmian opisanych w podpunkcie 1 kryteriów wyłączenia z programu.<br>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.<br>Poprawa umożliwiająca dalsze leczenie definiowana jest jako:<br>1) zmniejszenie grubości siatkówki o ≥ 10% i > 50 µm w stosunku do wartości przed pierwszym podaniem leku w programie (w centralnym polu OCT);<br>2) poprawa BCVA o co najmniej 1 linię na tablicach Snellena lub ETDRS.<br>Brak spełnienia tych warunków łącznie na wizycie przed podaniem kolejnego implantu uniemożliwia dalsze leczenie w programie i ponowną kwalifikację.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) 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<br>Do programu kwalifikują się świadczeniobiorcy u których wykrywa się obecność HBsAg i/lub przeciwciał anty-HBc przy wykrywalnym lub niewykrywalnym HBV DNA:<br>1.1. poddani transplantacji narządu/komórek krwiotwórczych<br>lub<br>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)<br>lub<br>1.3. leczeni z powodu raka wątrobowokomórkowego.<br><br>2. Określenie czasu leczenia w programie<br>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<br>lub<br>Tenofowir: 245 mg 1 x na dobę<br><br>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<br>1) HBsAg<br>2) anty-HBs<br>3) anty-HBc IgG/całkowite<br>4) HBV DNA ilościowe<br>5) morfologia krwi<br>6) ALT<br>7) kreatynina<br><br>2. Badania w trakcie leczenia związanego z ryzykiem reaktywacji HBV - co 3 miesiące:<br>1) ALT<br>2) HBV DNA<br><br>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:<br>1) HBV DNA</td>
</tr>
</table>

| | | |
|---|---|---|
| Po zakończeniu leczenia niezbędne jest monitorowanie statusu HBV DNA przez minimum 12 miesięcy. | | **4. Monitorowanie programu**<br>1) Przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych.<br>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.<br>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**<br>1) wiek≥ 12. roku życia;<br>2) udokumentowana historia przewlekłej pokrzywki spontanicznej poprzedzająca kwalifikację do programu;<br>3) ciężka postać pokrzywki, ze wskaźnikami:<br>a) Skali Aktywności Pokrzywki: UAS7≥ 28<br>oraz<br>b) jakości życia zależnych od zmian skórnych DLQI≥10;<br>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;<br>5) w przypadku kobiet i miesiączkujących dziewcząt wymagana jest zgoda na świadoma kontrolę urodzeń w czasie leczenia.<br><br>**2. Kryteria wyłączenia**<br>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**<br>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.<br>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.<br>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**<br>1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu;<br>2) ocena nasilenia objawów pokrzywki:<br>a) Skala Aktywności Pokrzywki: UAS7,<br>b) Ocena jakości życia na podstawie kwestionariusza DLQI;<br>3) morfologia krwi z rozmazem;<br>4) CRP;<br>5) TSH;<br>6) aminotransferaza alaninowa (ALAT);<br>7) kreatynina i mocznik w surowicy;<br>8) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>**2.1. Badania przeprowadzane przed podaniem leku w ośrodku, nie rzadziej niż raz na 3 miesiące:**<br>1) ocena kliniczna z oceną skuteczności leczenia i jakości życia (weryfikacja kwestionariuszy UAS7 i DLQI);<br>2) dokładny wywiad dotyczący efektów leczenia i ewentualnych działań niepożądanych. |

| | | |
|---|---|---|
| 2) ciąża lub laktacja;<br>3) wystąpienie któregokolwiek z przeciwskazań do stosowania omalizumabu;<br>4) izolowany obrzęk naczynioruchowy;<br>5) wysiewy bąbli pokrzywkowych będące objawem innych schorzeń, np.: anafilaksji, chorób nowotworowych, mastocytozy czy infekcji pasożytniczych;<br>6) potwierdzona pokrzywka naczyniowa;<br>7) aktualna terapia lekami przeciwnowotworowymi, immunoglobulinami lub innymi lekami biologicznymi;<br>8) niestosowanie się pacjenta do zaleceń lekarskich.<br><br>**3. Określenie czasu leczenia w programie**<br>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.<br>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.<br>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.<br>Pacjent odbywa w ośrodku leczenia pokrzywki minimum trzy wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku.<br>Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego.<br>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.<br>Pacjent otrzymuje leki w ośrodku prowadzącym terapię pokrzywki danego pacjenta.<br>Lek może być wydany dla celów terapii domowej na okres nie przekraczający 3 miesięcy. | **2.2. Po 12 i 24 (+/- 14 dni) tygodniu leczenia:**<br>1) ocena kliniczna z oceną skuteczności leczenia i jakości życia (wypełnienie kwestionariuszy UAS7 i DLQI);<br>2) morfologia krwi z rozmazem;<br>3) CRP;<br>4) TSH;<br>5) aminotransferaza alaninowa (ALAT);<br>6) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym;<br>7) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu.<br><br>**3. Monitorowanie w trakcie zawieszenia leczenia (po upływie 24 tygodni (+/-14 dni) leczenia omalizumabem), nie rzadziej niż raz na 3 miesiące**<br>1) ocena kliniczna z oceną skuteczności leczenia i jakości życia (kwestionariuszy UAS7 i DLQI);<br>2) dokładny wywiad dotyczący stanu zdrowia i ewentualnych działań niepożądanych.<br><br>**4. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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.<br><br>**4. Kryteria ponownego włączenia do programu**<br>Do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu:<br>1) wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu<br>albo<br>2) planowej przerwy w leczeniu.<br>Ponownej kwalifikacji pacjenta do programu dokonuje lekarz. | | zakończenie leczenia;<br>3) 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:<br>1) *wandetanib*;<br>2) *selperkatynib*.<br>Spełnione muszą zostać łącznie ogólne kryteria kwalifikacji (1.1.) oraz szczegółowe kryteria kwalifikacji (1.2.) dla poszczególnych substancji czynnych.<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br>**1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji**<br>1) rozpoznanie raka rdzeniastego tarczycy potwierdzone histologicznie;<br>2) choroba miejscowo zaawansowana lub uogólniona - po wykluczeniu możliwości wykorzystania resekcji lub metod ablacyjnych i radioterapii;<br>3) obecność zmian mierzalnych według aktualnych kryteriów RECIST;<br>4) obecność przerzutów udokumentowana na podstawie badania klinicznego i wyników badań obrazowych; | **1. Dawkowanie *wandetanibu***<br>Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (dalej ChPL).<br>Dopuszczalne jest zmniejszenie dawki zgodnie z aktualną ChPL.<br>Zalecana dawka *wandetanibu* wynosi:<br>a) 300 mg na dobę.<br><br>**2. Dawkowanie *selperkatynibu***<br>Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną ChPL.<br>Dopuszczalne jest zmniejszenie wymienionych poniżej dawek zgodnie z aktualną ChPL.<br>Zalecana dawka *selperkatynibu* wynosi:<br>a) 120 mg podawane dwa razy na dobę - w przypadku masy ciała mniejszej niż 50 kg, | **1. Badania przy kwalifikacji do leczenia**<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) oznaczenie AlAT i AspAT;<br>3) oznaczenie stężenia potasu, wapnia, magnezu w surowicy krwi;<br>4) oznaczenie stężenia bilirubiny;<br>5) oznaczenie stężenia kreatyniny;<br>6) oznaczanie stężenia kalcytoniny i CEA;<br>7) oznaczenie stężenia TSH;<br>8) badanie ogólne moczu;<br>9) oznaczenie wskaźnika INR u chorych leczonych antagonistami witaminy K;<br>10) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym;<br>11) pomiar ciśnienia tętniczego krwi;<br>12) EKG z oceną odstępu QTc;<br>13) TK lub MR szyi, klatki piersiowej i jamy brzusznej w celu oceny wyjściowego zaawansowania choroby;<br>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;<br>6) brak przeciwwskazań do stosowania leku określonych w aktualnej ChPL;<br>7) niewystępowanie stanów klinicznych, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają włączenie terapii;<br>8) ujemny wynik testu ciążowego bezpośrednio przed włączeniem leczenia u kobiet w wieku rozrodczym;<br>9) zgoda na stosowanie efektywnej antykoncepcji w trakcie trwania leczenia.<br><br>**1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji**<br>**1.2.1. Terapia *wandetanibem***<br>1) wiek powyżej 18 lat;<br>2) nowotwór objawowy i o postępującym przebiegu - konieczność udokumentowania progresji według RECIST w okresie 12 miesięcy poprzedzających wdrożenie leczenia *wandetanibem*;<br>3) stan sprawności 0-2 według ECOG;<br>**1.2.2. Terapia *selperkatynibem***<br>1) wiek co najmniej 12 lat;<br>2) niepowodzenie lub nietolerancja farmakoterapii systemowej z użyciem *wandetanibu* lub *kabozantynibu*;<br>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.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>**2.1. Terapia *wandetanibem***<br>**2.1.1. Badania wykonywane po pierwszym tygodniu od rozpoczęcia leczenia:**<br>1) badanie EKG z oceną odstępu QTc w zapisie EKG;<br>2) oznaczenie stężenia potasu, wapnia, magnezu w surowicy krwi.<br>**2.1.2. Badania wykonywane po 3, 6 i 12 tygodniach od rozpoczęcia leczenia:**<br>1) oznaczenie AlAT i AspAT;<br>2) oznaczenie stężenia bilirubiny;<br>3) oznaczenie stężenia kreatyniny;<br>4) oznaczenie stężenia potasu, wapnia i magnezu w surowicy krwi;<br>5) oznaczanie stężenia kalcytoniny i CEA (najwcześniej 12 tygodni po rozpoczęciu leczenia);<br>6) badanie TSH (najwcześniej 12 tygodni po rozpoczęciu leczenia);<br>7) badanie EKG z oceną QTc;<br>8) pomiar ciśnienia tętniczego (lub częściej, jeśli klinicznie wskazane).<br>**2.1.3. Badania wykonywane co 3 miesiące:**<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) oznaczenie AlAT i AspAT;<br>3) oznaczenie stężenia bilirubiny; |

| | | |
|---|---|---|
| 4) dostępna zarchiwizowana próbka tkanki nowotworowej (z zastrzeżeniem jak w pkt. 3);<br>5) brak potwierdzonego dodatkowego (zatwierdzonego) czynnika onkogennego, który może powodować oporność na leczenie;<br>6) brak wcześniejszego leczenie selektywnym inhibitorem(ami) RET;<br>7) nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze wycięcie przerzutów lub radioterapia, o ile po leczeniu utrzymuje się stan bezobjawowy);<br>8) co najmniej jedna mierzalna zmiana, zgodnie z aktualną definicją RECIST lub RANO i wcześniej nie napromieniana;<br>9) stan sprawności:<br>a) dorośli 0-2 w skali ECOG,<br>b) pacjenci do 16 roku życia ≥ 40 w skali Lansky'ego.<br><br>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.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia z programu** | | 4) oznaczenie stężenia kreatyniny;<br>5) oznaczenie stężenia potasu, wapnia i magnezu w surowicy krwi;<br>6) oznaczanie stężenia kalcytoniny i CEA;<br>7) oznaczenie stężenia TSH;<br>8) badanie ogólne moczu;<br>9) badanie TK lub MR w celu przeprowadzenia oceny odpowiedzi na leczenie.<br>**2.1.4. Badania wykonywane co 12 miesięcy:**<br>1) badanie wzroku z użyciem lampy szczelinowej- w przypadku *wandetanibu*.<br>Wykonane badania obrazowe muszą umożliwić obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.<br>Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzana zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST.<br><br>**2.2. Terapia *selperkatynibem***<br>**2.2.1. Badania wykonywane po pierwszym tygodniu od rozpoczęcia leczenia:**<br>1) badanie EKG z oceną odstępu QTc w zapisie EKG;<br>2) oznaczenie stężenia potasu, wapnia, magnezu w surowicy krwi;<br>3) oznaczenie AlAT i AspAT;<br>4) oznaczenie stężenia bilirubiny.<br>**2.2.2. Co najmniej raz w miesiącu przez pierwsze 6 miesięcy lub w przypadku wskazań klinicznych:**<br>1) badanie EKG z oceną odstępu QTc w zapisie EKG;<br>2) morfologia krwi z rozmazem; |

| | | |
|---|---|---|
| 1) udokumentowana progresja według aktualnych kryteriów RECIST;<br>2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na substancje czynne lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;<br>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*);<br>5) ciąża lub okres karmienia piersią;<br>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;<br>4) oznaczenie AlAT i AspAT;<br>5) oznaczenie stężenia bilirubiny.<br>**2.2.3. Badania wykonywane co 2 miesiące przez kolejne 6 miesięcy lub w przypadku wskazań klinicznych:**<br>1) badanie EKG z oceną odstępu QTc w zapisie EKG;<br>2) morfologia krwi z rozmazem;<br>3) oznaczenie stężenia potasu, wapnia, magnezu w surowicy krwi;<br>4) oznaczenie AlAT i AspAT;<br>5) oznaczenie stężenia bilirubiny.<br>**2.2.4. Badania wykonywane co 3 miesiące po roku od rozpoczęcia leczenia lub w przypadku wskazań klinicznych:**<br>1) badanie EKG z oceną odstępu QTc w zapisie EKG;<br>2) morfologia krwi z rozmazem;<br>3) oznaczenie stężenia potasu, wapnia, magnezu w surowicy krwi;<br>4) oznaczenie AlAT i AspAT;<br>5) oznaczenie stężenia bilirubiny.<br>6) oznaczenie stężenia kreatyniny;<br>7) oznaczenie stężenia TSH, kalcytoniny i CEA;<br>8) badanie ogólne moczu;<br>9) badanie TK lub MR w celu przeprowadzenia oceny odpowiedzi na leczenie.<br>Dodatkowo, należy monitorować ciśnienie tętnicze w trakcie leczenia i w razie potrzeby zastosować standardową terapię przeciwnadciśnieniową.<br>Wykonane badania obrazowe muszą umożliwić obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. |

| | | |
|---|---|---|
| | | Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzana zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST.<br><br>**3. Monitorowanie skuteczności terapii**<br>1) ocena skuteczności (w oparciu o aktualne kryteria RECIST) - co 3 miesiące:<br>a) wskaźniki efektywności:<br>– wskaźnik odpowiedzi obiektywnych (ORR),<br>– czas trwania odpowiedzi (DOR),<br>– przeżycie bez progresji choroby (PFS),<br>– przeżycie całkowite (OS),<br>– jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia (HRQoL) na podstawie dostępnych, standardowych kwestionariuszy.<br>b) oczekiwane korzyści zdrowotne dla *selperkatynibu* (wg badania rejestracyjnego):<br>– mediana OS ok 33,25 miesięcy,<br>– prawdopodobieństwo OS w punktach czasowych dla:<br>i. 12 miesięcy: 87%,<br>ii. 18 miesięcy: 77%,<br>iii. 24 miesiące: 77%,<br>– ORR = 69%,<br>– prawdopodobieństwo DOR (mediana DOR nie została osiągnięta w trakcie trwania badania), w punktach czasowych dla:<br>i. 6 miesięcy: 32%,<br>ii. 6-12 miesięcy: 31%,<br>iii. 12-18 miesięcy: 24%, |

| | | |
|---|---|---|
| | | iv. 18-24 miesięcy: 8%,<br>v. ≥ 24 miesięcy: 4%,<br>– prawdopodobieństwo PFS (mediana PFS nie została osiągnięta w trakcie trwania badania) w punktach czasowych dla:<br>i. 12 miesięcy: 77%,<br>ii. 18 miesięcy: 68 %,<br>iii. 24 miesiące: 61%,<br>– poprawa lub stabilizacja we wszystkich domenach HRQoL;<br>2) ocena bezpieczeństwa terapii<br>a) monitorowanie częstość występowania działań niepożądanych.<br><br>**4. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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:<br>– wskaźnik odpowiedzi obiektywnych (ORR),<br>– czas trwania odpowiedzi (DOR),<br>– przeżycie bez progresji choroby (PFS),<br>– przeżycie całkowite (OS),<br>– 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;<br>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.<br>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia co 6 miesięcy odbywa się, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.<br>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<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br>**1.1. 3-metylokrotonylo-glicynuria (MCG)**<br>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.<br><br>**1.2. Acyduria glutarowa I (GA I)**<br>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.<br>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.<br><br>**1. Dawkowanie**<br>**1.1. 3-metylokrotonylo-glicynuria (MCG)**<br>Zalecane dawkowanie:<br>od 0 do 100 mg/kg m.c./doba; podzielona na co najmniej trzy dawki.<br><br>**1.2. Acyduria glutarowa I (GA I)** | Badania diagnostyczne przy kwalifikacji oraz w ramach monitorowania leczenia L-karnityną są tożsame dla wszystkich jednostek chorobowych.<br><br>**1. Badania przy kwalifikacji:**<br>1) Badanie podmiotowe;<br>2) Badanie przedmiotowe (fizykalne);<br>3) Stężenie karnityny wolnej;<br>4) Stężenie karnityny całkowitej;<br>5) Profil acylkarnityn w suchej kropli krwi metodą tandemowej spektrometrii mas.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia (co 180 dni):**<br>1) Badanie podmiotowe;<br>2) Badanie przedmiotowe (fizykalne);<br>3) Stężenie karnityny wolnej;<br>4) Stężenie karnityny całkowitej;<br>5) Profil acylkarnityn w suchej kropli krwi metodą tandemowej spektrometrii mas. |

| | | |
|---|---|---|
| zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji.<br><br>**1.3. Acyduria izowalerianowa (IVA)**<br>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.<br><br>**1.4. Acyduria metylomalonowa (MMA)**<br>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.<br><br>**1.5. Acyduria propionowa (PA)**<br>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.<br><br>**1.6. Zaburzenia spalania długołańcuchowych kwasów tłuszczowych (LC-FAOD) – LCHADD, VLCADD, deficyt MTP, deficyt CACT, deficyt CPT2**<br>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.<br><br>**1.7. Deficyt dehydrogenazy acylo-CoA średniołańcuchowych kwasów tłuszczowych (MCADD)** | Zalecane dawkowanie:<br>od 0 do 200 mg/kg m.c../doba; podzielona na co najmniej trzy dawki.<br><br>**1.3. Acyduria izowalerianowa (IVA)**<br>Zalecane dawkowanie:<br>od 0 do 100 mg/kg m.c../doba; podzielona na co najmniej trzy dawki.<br><br>**1.4. Acyduria metylomalonowa (MMA)**<br>Zalecane dawkowanie:<br>od 0 do 100 mg/kg m.c../doba; podzielona na co najmniej trzy dawki.<br><br>**1.5. Acyduria propionowa (PA)**<br>Zalecane dawkowanie:<br>od 0 do 100 mg/kg m.c../doba; podzielona na co najmniej trzy dawki.<br><br>**1.6. Zaburzenia spalania długołańcuchowych kwasów tłuszczowych (LC-FAOD) – LCHADD, VLCADD, deficyt MTP, deficyt CACT, deficyt CPT2**<br>Zalecane dawkowanie:<br>od 0 do 30 mg/kg m.c../doba; podzielona na co najmniej trzy dawki.<br><br>**1.7. Deficyt dehydrogenazy acylo-CoA średniołańcuchowych kwasów tłuszczowych (MCADD)** | **3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) przekazywanie informacji 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.<br><br>**1.8. Pierwotny deficyt karnityny (CUD)**<br>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.<br><br>**1.9. 1.9. Deficyt wielu dehydrogenaz acylo-CoA (MADD)**<br>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.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Przedłużenie leczenia następuje co 6 miesięcy decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii.<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia**<br>1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na L-karnitynę | Zalecane dawkowanie:<br>od 0 do 100 mg/kg m.c../doba; podzielona na co najmniej trzy dawki.<br><br>**1.8. Pierwotny deficyt karnityny (CUD)**<br>Zalecane dawkowanie:<br>od 0 do 200 mg/kg m.c../doba; podzielona na co najmniej trzy dawki.<br><br>**1.9. Deficyt wielu dehydrogenaz acylo-CoA (MADD)**<br>Zalecane dawkowanie:<br>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**<br>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.<br><br>**2. Rodzaje programów**<br>**A. Leczenie noworozpoznanego nerwiaka zarodkowego współczulnego (NBL) wysokiego ryzyka u pacjentów z dobrą odpowiedzią na leczenie chemioterapią indukcyjną zgodnie z obowiązującym protokołem**<br>**A.1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) rozpoznanie nerwiaka zarodkowego współczulnego zgodnie z międzynarodowymi kryteriami *International Neuroblastoma Staging System* (INSS);<br>2) zakwalifikowanie choroby do grupy wysokiego ryzyka definiowanej jako:<br>a) stopień 2, 3, 4 i 4s wg. INSS z amplifikacją MYCN, niezależnie od wieku pacjenta w momencie rozpoznania<br>lub | **Dawkowanie:**<br>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).<br>Planowane jest podanie 5 cykli dinutuksymabu beta, w dawce kumulacyjnej 100 mg/m$^2$/cykl, podawane wg schematu jak w Charakterystyce Produktu Leczniczego.<br>Ze względu na obserwowane działania niepożądane, w celu ich minimalizacji wskazane jest podawanie dinutuksymabu beta we wlewie ciągłym trwającym 10 dni.<br><br>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**<br>**A.1. Badania przed kwalifikacją do immunoterapii**<br>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:<br>a) badania obrazowe lokalizacji guza pierwotnego oraz okolic sąsiednich (tj. badania obrazowe głowy, klatki piersiowej oraz jamy brzusznej i miednicy),<br>b) ocena wszystkich innych miejsc, w których stwierdzona była obecność NBL w momencie diagnozy,<br>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;<br>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;<br>4) wiek ≥12 miesięcy w momencie rozpoczęcia immunoterapii;<br>5) brak progresji choroby w jakimkolwiek etapie dotychczasowego leczenia;<br>6) prawidłowa funkcja narządów (zgodnie z wykazem badań niezbędnych przy kwalifikacji pacjentów do programu);<br>7) uzyskanie pisemnej zgody pacjenta i/lub przedstawiciela ustawowego na zastosowanie leczenia dinutuksymabem beta;<br>8) założony cewnik dostępu do żyły centralnej, w miarę możliwości dwukanałowy lub zgoda na jego założenie;<br>9) ujemne wyniki w kierunku zakażenia ludzkim wirusem upośledzenia odporności (HIV) i wirusami zapalenia wątroby typu B i C (HBV i HCV);<br>10) stosowanie skutecznych metod antykoncepcyjnych przez pacjentów w wieku rozrodczym; kobiety karmiące piersią przed rozpoczęciem leczenia muszą wyrazić zgodę na zaprzestanie karmienia.<br>Pacjent musi spełniać wszystkie powyższe kryteria włączenia do programu.<br><br>**A.2. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) rozległa przewlekła albo ostra 3 lub 4 stopnia choroba przeszczep przeciwko gospodarzowi (cGvHD); | opisem w Charakterystyce Produktu Leczniczego.<br>W przypadku wystąpienia ciężkich działań niepożądanych, po uzyskaniu zgody Zespołu Koordynującego, leczenie może być kontynuowane z zastosowaniem 50% dawki dinutuksymabu beta.<br>Równolegle z zastosowaniem immunoterapii stosowane będzie leczenie kwasem 13-cis retinowym, zgodnie z obowiązującymi standardami leczenia NBL. | d) badania szpiku kostnego: biopsja i trepanobiopsja,<br>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;<br>2) ocena funkcji narządów:<br>a) funkcja serca: echo serca (frakcja skurczowa ≥30%) oraz EKG,<br>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%,<br>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,<br>d) funkcja wątroby: oznaczenie aktywności ALT oraz AST i stężenia bilirubiny,<br>e) funkcja nerek: oznaczenie stężenia kreatyniny, obliczenie eGFR,<br>f) ocena okulistyczna: badanie dna oka, a u dzieci współpracujących również badanie ostrości wzroku,<br>g) ocena słuchu,<br>h) badanie EEG,<br>i) badania w kierunku zakażeń wirusowych: anty-HBV, anty-HCV, HIV,<br>j) zdjęcie klatki piersiowej w cyklach z interleukiną 2.<br><br>**A.2. Monitorowanie leczenia** |

| | | |
|---|---|---|
| 2) ciąża i karmienie piersią;<br>3) objawowa niewydolność krążenia lub niekontrolowane lekami zaburzenia rytmu;<br>4) choroby psychiatryczne lub niekontrolowane choroby przebiegające z drgawkami;<br>5) ciężkie aktywne infekcje do momentu ich wyleczenia lub stabilizacji klinicznej w trakcie leczenia;<br>6) klinicznie istotne deficyty neurologiczne lub potwierdzona neuropatia obwodowa (>2 stopnia WHO CTC);<br>7) klinicznie istotny, objawowy wysięk w opłucnej.<br><br>**A.3. Określenie czasu leczenia według programu**<br>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.<br><br>**A.4. Kryteria wykluczenia z udziału w programie**<br>1) bezwzględne wskazania do przerwania immunoterapii:<br>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,<br>b) hipotensja w 3 i 4 stopniu WHO CTC występująca po ponownym podaniu leczenia, pomimo redukcji dawki leku,<br>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:<br>a) odpowiednia saturacja krwi ($SpO_2$) mierzona pulsoksymetrem - >94% podczas oddychania powietrzem atmosferycznym; przy oddychaniu powietrzem,<br>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,<br>c) odpowiednia czynność wątroby: aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT)/ aminotrasferazy asparaginianowej (AspAT) <5 razy górna granica normy,<br>d) odpowiednia czynność nerek;<br>2) badania obowiązkowe w trakcie cyklu immunoterapii (pierwszy dzień podania dinutuksymabu beta to 1. dzień cyklu):<br>a) morfologia krwi: 1, 8 i 11 doba,<br>b) badania biochemiczne: 1, 8 i 11 doba,<br>c) CRP: 1, 8 i 11 doba,<br>d) układ krzepnięcia: 1 doba,<br>e) zdjęcie radiologiczne klatki piersiowej w 1. dobie w cyklach z interleukiną-2,<br>f) EKG w 1 i 11 dobie,<br>g) przypadku wystąpienia poszerzenia źrenic z subiektywnym odczuciem pogorszenia wzroku, przed podaniem kolejnego |

| | | |
|---|---|---|
| d) wystąpienie wznowy lub progresji choroby,<br>e) brak zgody pacjenta i/lub przedstawicieli ustawowych na kontynuację leczenia,<br>f) brak współpracy uniemożliwiający prowadzenie terapii,<br>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):<br>a) hipotensja i/lub CLS w 3 i 4 stopniu WHO CTC,<br>b) hiponatremia objawowa, hiponatremia <125 mmol/l trwająca >48 godzin lub hiponatremia ciężka <120 mmol/l,<br>c) reakcja alergiczna w stopniu 4 WHO CTC (anafilaksja) lub 3 WHO CTC (skurcz oskrzeli),<br>d) długotrwała obwodowa neuropatia ruchowa 2 stopnia WHO CTC,<br>e) neuropatia obwodowa 3 stopnia,<br>f) kardiotoksyczność ≥3 stopnia WHO CTC,<br>g) ból neuropatyczny w stopniu 4 WHO CTC nie odpowiadający na leczenie,<br>h) choroba posurowicza ≥3 stopnia WHO CTC,<br>i) toksyczności skórne ≥3 stopnia WHO CTC,<br>j) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą.<br><br>**B. Leczenie nawrotowego lub opornego na leczenie nerwiaka zarodkowego współczulnego** | | cyklu obowiązuje wykonanie EEG oraz MRI ośrodkowego układu nerwowego;<br>3) Po 2 cyklach dinutuksymabu beta obowiązuje ocena w kierunku wykluczenia progresji choroby obejmująca:<br>a) badania obrazowe lokalizacji guza pierwotnego i ewentualnych miejsc przerzutów możliwych do oceny w badaniach obrazowych,<br>b) ocena cytologiczna szpiku kostnego,<br>c) oznaczenie markerów nowotworowych (katecholaminy, NSE, LDH),<br>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.<br><br>**B. Leczenie nawrotowego lub opornego na leczenie nerwiaka zarodkowego współczulnego**<br>**B.1. Badania przed kwalifikacją do immunoterapii**<br>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:<br>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).<br>**B.1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) rozpoznanie nerwiaka zarodkowego współczulnego zgodnie z międzynarodowymi kryteriami *International Neuroblastoma Staging System* (INSS);<br>2) wiek ≥12 miesięcy w momencie rozpoczęcia immunoterapii;<br>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,<br>lub<br>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,<br>lub<br>stwierdzenie progresji lub wznowy u każdego pacjenta po leczeniu NBL w 4. stopniu zaawansowania,<br>lub<br>stwierdzenie uogólnionej wznowy choroby po leczeniu neuroblastoma niskiego lub pośredniego ryzyka; | | b) wszystkich innych miejsc, w których stwierdzona była obecność NBL w momencie diagnozy,<br>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),<br>d) badania szpiku kostnego: biopsja i trepanobiopsja,<br>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;<br>2) ocena funkcji narządów:<br>a) funkcja serca: echo serca (frakcja skurczowa ≥30%) oraz EKG,<br>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%,<br>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,<br>d) funkcja wątroby: oznaczenie aktywności ALT oraz AST i stężenia bilirubiny,<br>e) funkcja nerek – oznaczenie stężenia kreatyniny obliczenie eGFR,<br>f) ocena okulistyczna – badanie dna oka, a u dzieci współpracujących również badanie ostrości wzroku,<br>g) ocena słuchu, |

| | | |
|---|---|---|
| 4) założony cewnik dostępu do żyły centralnej, w miarę możliwości dwukanałowy lub zgoda na jego założenie;<br>5) brak progresji choroby w ocenie bezpośrednio przed rozpoczęciem leczenia immunoterapią;<br>6) prawidłowa funkcja narządów (zgodnie z wykazem badań niezbędnych przy kwalifikacji pacjentów do programu);<br>7) ujemne wyniki w kierunku zakażenia ludzkim wirusem upośledzenia odporności (HIV) i wirusami zapalenia wątroby typu B i C (HBV i HCV);<br>8) uzyskanie pisemnej zgody pacjenta i/lub przedstawiciela ustawowego na zastosowanie leczenia;<br>9) stosowanie skutecznych metod antykoncepcyjnych przez pacjentów w wieku rozrodczym; kobiety karmiące piersią przed rozpoczęciem leczenia muszą wyrazić zgodę na zaprzestanie karmienia.<br>Pacjent musi spełniać wszystkie powyższe kryteria włączenia do programu.<br><br>**B.2. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) rozległa przewlekła albo ostra 3 lub 4 stopnia choroba przeszczep przeciwko gospodarzowi (cGvHD);<br>2) ciąża i karmienie piersią;<br>3) objawowa niewydolność krążenia lub niekontrolowane lekami zaburzenia rytmu;<br>4) choroby psychiatryczne lub niekontrolowane choroby, przebiegające z drgawkami;<br>5) ciężkie aktywne infekcje do momentu ich wyleczenia lub stabilizacji klinicznej w trakcie leczenia;<br>6) klinicznie istotne deficyty neurologiczne lub potwierdzona neuropatia obwodowa (>2 stopnia WHO CTC); | | h) badanie EEG,<br>i) badania w kierunku zakażeń wirusowych: anty-HBV, anty-HCV, HIV,<br>j) zdjęcie radiologiczne klatki piersiowej w cyklach z interleukiną 2.<br><br>**B.2. Monitorowanie leczenia**<br>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:<br>a) odpowiednia saturacja krwi tlenem ($SpO_2$) mierzona pulsoksymetrem ->94% podczas oddychania powietrzem atmosferycznym,<br>b) odpowiednia czynność szpiku kostnego: bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych ≥500/µl, liczba płytek krwi ≥20 000/µl, hemoglobina >8,0 g/dl,<br>c) odpowiednia czynność wątroby: aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT)/ aminotransferazy asparaginianowej (AspAT) <5 razy górna granica normy,<br>d) odpowiednia czynność nerek;<br>2) badania obowiązkowe w trakcie cyklu immunoterapii (pierwszy dzień podania dinutuksymabu beta to 1. dzień cyklu):<br>a) morfologia krwi: 1, 8 i 11 doba,<br>b) badania biochemiczne: 1, 8 i 11 doba,<br>c) CRP: 1, 8 i 11 doba,<br>d) układ krzepnięcia: 1 doba, |

| | | |
|---|---|---|
| 7) klinicznie istotny, objawowy wysięk w opłucnej.<br><br>**B.3. Określenie czasu leczenia według programu**<br>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.<br><br>**B.4. Kryteria wykluczenia z udziału w programie**<br>1) bezwzględne wskazania do przerwania immunoterapii:<br>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,<br>b) hipotensja w 3 i 4 stopniu WHO CTC występująca po ponownym podaniu leczenia pomimo redukcji dawki leku,<br>c) zespół przesiąkania kapilar (CLS) w 4 stopniu WHO CTC występujący po ponownym podaniu leczenia pomimo redukcji dawki leku,<br>d) wystąpienie wznowy lub progresji choroby,<br>e) brak zgody pacjenta i/lub przedstawiciela ustawowego na kontynuację leczenia,<br>f) brak współpracy uniemożliwiający prowadzenie terapii.<br>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,<br>f) w przypadku wystąpienia poszerzenia źrenic z subiektywnym odczuciem pogorszenia wzroku, przed podaniem kolejnego cyklu obowiązuje wykonanie EEG oraz MRI ośrodkowego układu nerwowego;<br>3) po 2 cyklach dinutuksymabu beta obowiązuje ocena w kierunku wykluczenia progresji choroby obejmująca:<br>a) badania obrazowe lokalizacji guza pierwotnego i ewentualnych miejsc przerzutów możliwych do oceny w badaniach obrazowych,<br>b) ocena cytologiczna szpiku kostnego,<br>c) oznaczenie markerów nowotworowych (katecholaminy, NSE, LDH),<br>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).<br><br>**C. Badania po zakończeniu immunoterapii dla obu protokołów leczniczych**<br>1) badania obrazowe lokalizacji guza pierwotnego oraz okolic sąsiednich (tj. badania obrazowe głowy, klatki piersiowej oraz jamy brzusznej i miednicy);<br>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;<br>3) badania szpiku kostnego: biopsja i trepanobiopsja;<br>4) oznaczenie markerów: stężenie enolazy neurospecyficznej (NSE) oraz ferrytyny i aktywności dehydrogenazy |

| | | |
|---|---|---|
| a) hipotensja i/lub CLS w 3 i 4 stopniu WHO CTC,<br>b) hiponatremia objawowa, hiponatremia <125 mmol/l trwająca >48 godzin lub hiponatremia ciężka <120 mmol/l,<br>c) reakcja alergiczna w stopniu 4 WHO CTC (anafilaksja) lub 3 WHO CTC (skurcz oskrzeli),<br>d) długotrwała obwodowa neuropatia ruchowa 2 stopnia WHO CTC,<br>e) neuropatia obwodowa 3 stopnia,<br>f) kardiotoksyczność ≥3 stopnia WHO CTC,<br>g) ból neuropatyczny w stopniu 4 WHO CTC nie odpowiadający na leczenie,<br>h) choroba posurowicza ≥3 stopnia WHO CTC,<br>i) toksyczności skórne ≥3 stopnia WHO CTC,<br>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;<br>5) ocena funkcji narządów:<br>a) funkcja serca: echo serca (frakcja skurczowa ≥30%) oraz EKG,<br>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%,<br>c) funkcja szpiku kostnego: morfologia krwi obwodowej,<br>d) funkcja wątroby: oznaczenie aktywności ALT oraz AST i stężenia bilirubiny,<br>e) funkcja nerek – oznaczenie stężenia kreatyniny obliczenie eGFR;<br>6) ocena okulistyczna: badanie dna oka, a u dzieci współpracujących również badanie ostrości wzroku;<br>7) ocena słuchu;<br>8) badanie EEG;<br>9) badania w kierunku zakażeń wirusowych: anty-HBV, anty-HCV, HIV;<br>10) zdjęcie radiologiczne klatki piersiowej (u dzieci, które nie miały wykonanej tomografii klatki piersiowej);<br>11) ocena hormonów tarczycy;<br>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.<br><br>**E. Monitorowanie programu**<br>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";<br>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;<br>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia;<br>4) zgłaszanie działań niepożądanych do Urzędu Rejestracji Leków i Produktów Leczniczych;<br>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.<br><br>A. Kryteria kwalifikacji<br>1) objawy niedoboru hormonu wzrostu (GH);<br>2) stężenie IGF-I poniżej zakresu wartości prawidłowych lub w dolnym przedziale zakresu referencyjnego;<br>3) potwierdzenie ciężkiego niedoboru GH (GHD) na podstawie:<br>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);<br>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<br>Somatotropina podawana codziennie wieczorem w postaci iniekcji podskórnych w dawce 0,1-0,8 mg.</td>
<td>A. Badania przy kwalifikacji do leczenia<br>1) ocena wzrostu, masy ciała i obwodu talii (wskaźnik BMI i WHR), zalecane: ocena składu ciała metodą bioimpedancji;<br>2) pomiar ciśnienia tętniczego krwi;<br>3) morfologia krwi z rozmazem;<br>4) jonogram surowicy krwi (co najmniej stężenie Na, K i Ca);<br>5) ocena stężenia IGF-I;<br>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;<br>7) ocena gospodarki lipidowej: ocena stężenia triglicerydów, całkowitego cholesterolu, frakcji HDL cholesterolu i LDL cholesterolu;<br>8) oznaczenie stężenia TSH i FT4;<br>9) ocena jakości życia poprzez użycie odpowiedniego kwestionariusza quality of life (QoL) [Endokrynol. Pol. 2008;59(5):374-384];<br>10) pomiar stężenia kortyzolu w godzinach porannych;<br>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);<br>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;<br>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.<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>**B. Określenie czasu leczenia w programie**<br>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.<br><br>**C. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) ujawnienie lub wznowa czynnego procesu nowotworowego;<br>2) ciężkie stany zagrażające życiu;<br>3) cukrzyca nie dająca się wyrównać w warunkach leczenia rhGH;<br>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;<br>12) obrazowanie okolicy podwzgórzowo-przysadkowej (MRI lub TK z kontrastem);<br>13) USG jamy brzusznej;<br>14) EKG, ewentualnie USG serca;<br>15) badanie dna oka;<br>16) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb.<br><br>**B. Monitorowanie leczenia**<br>1) po 30 dniach od rozpoczęcia terapii:<br>a) pomiar stężenia IGF-I w celu ustalenia dawki optymalnej.<br>2) co 180 dni:<br>a) ocena masy ciała i obwodu talii (wskaźnik BMI i WHR), zalecane: ocena składu ciała metodą bioimpedancji;<br>b) pomiar ciśnienia tętniczego krwi;<br>c) jonogram surowicy krwi (co najmniej stężenie Na, K i Ca);<br>d) określenie odsetka HbA1c;<br>e) ocena stężenia IGF-I;<br>f) oznaczenie stężenia TSH i FT4;<br>g) ocena stężenia triglicerydów, całkowitego cholesterolu, frakcji HDL cholesterolu i LDL cholesterolu;<br>h) ocena QoL;<br>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);<br>6) brak zgody świadczeniobiorcy na kontynuację leczenia lub brak współpracy świadczeniobiorcy. | | **C. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) przekazywanie informacji 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:<br>1) *iwakaftorem w monoterapii*,<br>2) *lumakaftorem/ iwakaftorem*,<br>3) *tezakaftorem/ iwakaftorem w skojarzeniu z iwakaftorem*,<br>4) *eleksakaftorem/ tezakaftorem/ iwakaftorem w skojarzeniu z iwakaftorem*,<br>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br>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.<br>**1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji**<br>1) potwierdzone rozpoznanie mukowiscydozy;<br>2) pisemna zgoda pacjenta na udział w programie;<br>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**<br>**1.1. Iwakaftor w monoterapii**<br>**1.1.1.** wiek 12 miesięcy i powyżej oraz masa ciała ≥7 kg do <14 kg<br>Granulat zawierający 50 mg co 12 godzin doustnie z posiłkiem zawierającym tłuszcze.<br>**1.1.2.** wiek 12 miesięcy i powyżej oraz masa ciała ≥14 kg do <25 kg<br>Granulat zawierający 75 mg co 12 godzin doustnie z posiłkiem zawierającym tłuszcze.<br>**1.1.3.** wiek 6 lat i powyżej oraz masa ciała ≥ 25 kg<br>Dawka poranna: Jedna tabletka zawierająca 150 mg iwakaftoru.<br>Dawka wieczorna: Jedna tabletka zawierająca 150 mg iwakaftoru.<br><br>**1.2. Lumakaftor/ iwakaftor**<br>**1.2.1.** wiek 2 do 5 lat oraz masa ciała <14 kg<br>Dawka poranna: 1 saszetka zawierająca lumakaftor 100 mg/ iwakaftor 125 mg. | **1. Badania przy kwalifikacji do leczenia**<br>1.1. W okresie do 1 tygodnia przed rozpoczęciem leczenia:<br>1) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym).<br><br>1.2. W okresie do 3 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia:<br>1) test potowy;<br>2) badanie spirometryczne (u chorych, u których rozwój psychofizyczny i stan kliniczny gwarantuje prawidłowe przeprowadzenie testu);<br>3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;<br>4) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginowej;<br>5) oznaczanie stężenia bilirubiny w surowicy krwi;<br>6) badanie mikrobiologiczne plwociny lub wymazu z gardła;<br>7) konsultacja okulistyczna u pacjentów <18rż.<br><br>1.3. W okresie do 12 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia:<br>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.<br>1.2.4. **pacjentów z mukowiscydozą eleksakaftorem/ tezakaftorem /iwakaftorem w skojarzeniu z iwakaftorem**<br>1) wiek 12 lat i powyżej;<br>2) homozygotyczność pod względem mutacji F508del genu CFTR lub heterozygotyczność pod względem mutacji F508del z mutacją o minimalnej wartości funkcji (MF) genu CFTR.<br>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.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>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.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) brak skuteczności leczenia w ocenie trzyosobowego konsylium lekarskiego;<br>2) stan po przeszczepieniu płuc;<br>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).<br>Dawka wieczorna: Jedna tabletka zawierająca 150 mg iwakaftoru.<br><br>**2. Modyfikacja dawkowania**<br>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.<br>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.<br><u>Wskaźniki efektywności mierzone po każdych 48 tygodniach leczenia (+/- 14 dni):</u><br>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%);<br>2) stężenie jonów chloru w pocie;<br>3) liczba hospitalizacji;<br>4) liczba zaostrzeń oskrzelowo-płucnych (leczonych dożylnie antybiotykami).<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ);<br>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);<br>4) ciężkie zaburzenia funkcjonowania wątroby (klasa C w skali Childa-Pugha) – dotyczy wyłącznie terapii eleksakaftorem/ tezakaftorem /iwakaftorem w skojarzeniu z iwakaftorem;<br>5) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia zgodnie z decyzją lekarza;<br>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);<br>7) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia;<br>8) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;<br>9) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;<br>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;<br>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;<br>3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ;<br>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:<br>1) *ketoanalogami aminokwasów*,<br>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) przewlekła choroba nerek z następstwami nieprawidłowego lub niewystarczającego metabolizmu białek w stadium 4 lub 5 wg klasyfikacji KDIGO;<br>2) przeciwwskazania lub brak wskazań do leczenia nerkozastępczego;<br>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/$mm^3$;<br>4) BMI 18-30 $kg^2/m^2$;<br>5) redukcja eGFR < 2 ml/min w ciągu ostatnich 6 miesięcy przed kwalifikacją;<br>6) proteinuria w zakresie < 2,0 g/g kreatyniny/dobę;<br>7) przestrzeganie ubogobiałkowej diety przez ≥ 3 miesiące przed rozpoczęciem terapii – spożycie białka nie wyższe niż 0,8 g/kg | **1. Dawkowanie**<br>Zalecana dawka leku Ketosteril wynosi 4 do 8 tabletek trzy razy na dobę w czasie posiłków.<br><br>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania i zwiększania dawki leku prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.<br><br>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**<br>1) oznaczenie dziennego spożycia białka (PNA/wydalanie mocznika/BUN);<br>2) oznaczenie eGFR z zastosowaniem wzoru MDRD lub CKD-EPI dla kreatyniny, cystatyny lub obu;<br>3) ocena stopnia odżywienia według skali SGA;<br>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/$mm^3$;<br>5) badanie ogólne moczu;<br>6) ocena stężenia białka w porannej porcji moczu;<br>7) ocena dobowego wydalania białka (w g/g kreatyniny lub g/24h);<br>8) ocena dobowego wydalania fosforu (g/24h);<br>9) ocena BMI.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>1) badania wykonywane co 30 dni:<br>a) ocena stopnia odżywienia według skali SGA; |

| | | |
|---|---|---|
| m.c./dobę – udokumentowane za pomocą PNA/wydalania mocznika lub BUN;<br>8) deklaracja przestrzegania wymaganej diety pod indywidualnym nadzorem dietetyka;<br>9) brak udokumentowanych zaburzeń metabolizmu aminokwasów;<br>10) wykluczenie ciężkiego, opornego na leczenie nadciśnienia tętniczego;<br>11) wykluczenie hiperkalcemii;<br>12) wykluczenie istotnych chorób towarzyszących (źle kontrolowana cukrzyca – HbA1c.>7,5%, aktywna choroba wątroby, zespół złego wchłaniania, choroby zapalne jelit);<br>13) wiek 18 lat i powyżej;<br>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.<br>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>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.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>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;<br>2) badania wykonywane co 90 dni:<br>a) oznaczenie dziennego spożycia białka (PNA/wydalanie mocznika/BUN),<br>b) stężenie kreatyniny i wodorowęglanów w surowicy,<br>c) ocena aktywności fosfatazy zasadowej,<br>d) oznaczenie GFR z zastosowaniem wzoru MDRD,<br>e) ocena BMI,<br>f) badanie wydalania w moczu białka i fosforu (dopuszczalne B/Cr i P/Cr);<br>3) konsultacje wykonywane co 30 dni:<br>a) konsultacja nefrologiczna,<br>b) w ramach indywidualnego nadzoru nad dietą pacjenta konsultacja z dietetykiem odnośnie właściwego stosowania przez pacjenta wymaganej diety;<br><br>Po każdym roku leczenia *ketoanalogami aminokwasów* należy dokonać oceny skuteczności leczenia w oparciu o niżej wymienione wskaźniki efektywności.<br><u>Wskaźniki efektywności:</u><br>1) hamowanie progresji choroby na podstawie spadku eGFR;<br>2) w badaniach krwi stabilne poziomy stężeń albuminy, potasu, fosforanów, mocznika;<br>3) brak zaburzeń: hiperkaliemia, hiperfosfatemia, kwasica metaboliczna.<br><br>**3. Monitorowanie programu** |

| | | |
|---|---|---|
| **3. Kryteria wyłączania z programu**<br>Leczenie w ramach programu zostaje zakończone w przypadku wystąpienia co najmniej jednego z poniższych kryteriów:<br>1) kwalifikacja lub rozpoczęcie leczenia nerkozastępczego;<br>2) wystąpienie nietolerancji leczenia bądź objawów nadwrażliwości na substancje czynne lub którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>3) poprawa w zakresie stadium zaawansowania choroby do stadium 2 lub 1 wg klasyfikacji KDIGO;<br>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;<br>5) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych, ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów;<br>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;<br>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.;<br>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. |

Załącznik B.114.

# LECZENIE CHORYCH NA OSTRĄ BIAŁACZKĘ SZPIKOWĄ (ICD-10: C92.0)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| **W ramach programu lekowego, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami, udostępnia się poniższe terapie:**<br>**1) w I linii leczenia ostrej białaczki szpikowej:**<br>a) *leczenie midostauryną w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną (pacjenci z mutacją FLT3),*<br>albo<br>b) *leczenie gemtuzumabem ozogamycyny w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną (bez względu na status mutacji FLT3),*<br>albo<br>c) *leczenie wenetoklaksem w skojarzeniu z azacytydyną (bez względu na status mutacji FLT3);*<br>**2) w leczeniu podtrzymującym po terapii indukującej albo indukującej i konsolidującej u chorych na ostrą białaczkę szpikową:**<br>a) *leczenie azacytydyną doustną w monoterapii;*<br>**3) w II i kolejnych liniach leczenia ostrej białaczki szpikowej:**<br>a) *leczenie gilterytynibem w monoterapii (pacjenci z mutacją FLT3).*<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br>Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych terapii. | **1. Dawkowanie leków w terapii**<br>**1.1.** ***midostauryną w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną***<br>***1.1.1.* Leczenie indukujące**<br><u>Pierwszy cykl:</u><br>Midostauryna – zalecana dawka 50 mg doustnie dwa razy na dobę od 8. do 21. dnia cyklu.<br>Daunorubicyna – dawka 60 mg/m$^2$ pc./dobę podawana w infuzji dożylnej w okresie od 1. do 3. dnia cyklu.<br>Cytarabina – dawka 100-200 mg/m$^2$ pc./dobę podawana w ciągłej infuzji dożylnej w okresie od 1. do 7. dnia cyklu.<br><u>Drugi cykl:</u><br>Jeżeli pierwszy cykl indukujący nie pozwolił uzyskać całkowitej remisji zgodnie z wytycznymi ekspertów European LeukemiaNet, możliwe jest podanie drugiego cyklu indukującego wraz z midostauryną (dawkowanie 2-go cyklu takie samo jak dla pierwszego cyklu lub z wyższymi dawkami cytarabiny). | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>**1.1. Badania przy kwalifikacji do I linii leczenia oraz do II i kolejnych linii leczenia ostrej białaczki szpikowej**<br>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:<br>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*.<br>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), |

**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***<br>1) wiek 15 lat i powyżej;<br>2) nowo rozpoznana ostra białaczka szpikowa występująca *de novo* z ekspresją antygenu CD33 na komórkach blastycznych;<br>3) brak wcześniejszego leczenia ostrej białaczki szpikowej;<br>4) kwalifikowanie się pacjenta do intensywnej chemioterapii indukującej;<br>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);<br>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.<br><br>***1.2.3. wenetoklaksem w skojarzeniu z azacytydyną***<br>1) wiek 18 lat i powyżej;<br>2) nowo rozpoznana ostra białaczka szpikowa występująca *de novo* lub wtórna, zdiagnozowana w oparciu o obowiązujące kryteria WHO;<br>3) brak wcześniejszego leczenia ostrej białaczki szpikowej (za wyjątkiem leczenia cytoredukcyjnego przygotowującego pacjenta do leczenia *wenetoklaksem w skojarzeniu z azacytydyną*);<br>4) niekwalifikowanie się do standardowej intensywnej chemioterapii, definiowane jako:<br>a) wiek 75 lat i powyżej,<br>lub | należy podawać podczas tego cyklu. Podczas drugiego cyklu leczenia indukującego należy podawać wyłącznie daunorubicynę i cytarabinę w następującym zalecanym schemacie dawkowania:<br>Daunorubicyna – dawka 60 mg/m$^2$ pc./dobę podawana w okresie od 1. do 2. dnia cyklu.<br>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.<br><br>***1.2.2.* Leczenie konsolidujące**<br>U pacjentów, u których w wyniku leczenia indukującego uzyskano całkowitą remisję (CR) stosuje się od 2 do 4 cykli leczenia konsolidującego:<br>Gemtuzumab ozogamycyny – dawka 3 mg/m$^2$ pc./dawkę (maksymalnie 1 fiolka 5 mg) podawana w 1. dniu cyklu (maksymalnie do dwóch cykli).<br>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.<br><br>***1.3. wenetoklaksem w skojarzeniu z azacytydyną***<br>Wenetoklaks – podawany doustnie według poniższego schematu dawkowania:<br>Dzień 1: 100 mg/dobę;<br>Dzień 2: 200 mg/dobę;<br>Dzień 3 i kolejne: 400 mg/dobę. | **1.2. Badania przy kwalifikacji do leczenia podtrzymującego doustną azacytydyną**<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym);<br>3) badanie potwierdzające remisję choroby – biopsja aspiracyjna szpiku (badanie powinno być wykonane w ciągu nie więcej niż 2 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia).<br><br>**2. Monitorowanie leczenia w przypadku terapii**<br>***2.1. midostauryną w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną***<br>1) biopsja aspiracyjna szpiku wraz z oceną odpowiedzi na leczenie po pierwszym (oraz drugim, jeżeli był podany) cyklu indukującym;<br>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;<br>3) raz w tygodniu w trakcie terapii indukującej i konsolidującej, a także przed każdym cyklem konsolidującym lub zgodnie ze wskazaniami medycznymi:<br>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:<br>– ECOG 2 lub 3 (jeśli ECOG 2 wynika z obecności chorób współistniejących),<br>– wcześniejsza zastoinowa niewydolność serca wymagająca leczenia lub frakcja wyrzutowa ≤50% lub przewlekła, stabilna dławica piersiowa,<br>– zdolność dyfuzji gazów w płucach - DLCO ≤ 65% lub pierwszosekundowa natężona pojemność wydechowa - FEV1 ≤ 65%,<br>– klirens kreatyniny ≥ 30 ml/min do <45 ml/min,<br>– umiarkowane zaburzenia czynności wątroby ze stężeniem bilirubiny >1,5 do ≤3 ULN,<br>– 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.<br><br>***1.2.4. azacytydyną doustną w monoterapii***<br>1) wiek 18 lat i powyżej;<br>2) ostra białaczka szpikowa w potwierdzonej pierwszej całkowitej remisji lub potwierdzonej remisji z niepełną regeneracją morfologii krwi po chemioterapii indukującej albo indukującej i konsolidującej;<br>3) niekwalifikowanie się pacjenta do przeszczepienia macierzystych komórek krwiotwórczych lub brak zgody pacjenta na taką procedurę.<br><br>***1.2.5. gilterytynibem w monoterapii***<br>1) wiek 18 lat i powyżej;<br>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.<br>W przypadku jednoczesnego stosowania leków będących silnymi lub umiarkowanymi inhibitorami CYP3A należy zmodyfikować dawkę wenetoklaksu zgodnie z zapisami w Charakterystyce Produktu Leczniczego.<br>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.<br><br>***1.4. azacytydyną doustną w monoterapii***<br>Azacytydyna – zalecana dawka 300 mg podawana doustnie 1 raz na dobę w dniach 1-14 każdego 28-dniowego cyklu.<br>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.<br>Azacytydyny doustnej nie należy podawać zamiennie z azacytydyną w formie wstrzyknięć.<br><br>***1.5. gilterytynibem w monoterapii***<br>Gilterytynib – zalecana dawka początkowa 120 mg podawana doustnie raz na dobę. | b) koagulogram: APTT, PT;<br>4) przed rozpoczęciem każdego cyklu lub częściej, jeżeli wymaga tego stan kliniczny pacjenta:<br>a) EKG.<br><br>***2.2. gemtuzumabem ozogamycyny w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną***<br>1) biopsja aspiracyjna szpiku wraz z morfologią krwi z rozmazem i oceną odpowiedzi na leczenie po każdym leczeniu indukującym i konsolidującym;<br>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:<br>a) biochemia: bilirubina, AST, ALT,<br>b) koagulogram: APTT, PT lub INR;<br>3) przed rozpoczęciem każdego cyklu lub częściej, jeżeli wymaga tego stan kliniczny pacjenta:<br>a) EKG.<br><br>***2.3. wenetoklaksem w skojarzeniu z azacytydyną***<br>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),<br>lub<br>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.<br>W przypadku oporności choroby nie ma konieczności powtarzania badania mutacji *FLT3*.<br><br>**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.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>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:<br>***2.1. midostauryną w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną***<br>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);<br>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.<br><br>**2. Modyfikacja dawkowania leków**<br>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;<br>2) przed pierwszym podaniem wenetoklaksu oraz przez okres dostosowania dawki:<br>a) morfologia krwi z rozmazem,<br>b) biochemia: kreatynina, kwas moczowy, stężenie potasu, stężenie fosforanów, stężenie wapnia, aktywność LDH;<br>3) po okresie dostosowywania dawki, przed każdym cyklem:<br>a) morfologia krwi z rozmazem,<br>b) biochemia: kreatynina, stężenie potasu, AST i ALT.<br><br>***2.4. azacytydyną doustną w monoterapii***<br>1) biopsja aspiracyjna szpiku w przypadku podejrzenia nawrotu/progresji choroby lub zgodnie ze wskazaniami medycznymi;<br>2) morfologia krwi z rozmazem – co drugi tydzień przez pierwsze 2 cykle leczenia (56 dni), a następnie przed rozpoczęciem każdego kolejnego cyklu leczenia.<br>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.<br>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.<br><br>***2.2. gemtuzumabem ozogamycyny w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną***<br>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;<br>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.<br>Do rozważenia pominięcie gemtuzumabu w cyklu/cyklach konsolidujących celem zmniejszenia ryzyka choroby wenookluzyjnej wątroby (VOD), jeśli planowane jest przeszczepienie allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych.<br><br>***2.3. wenetoklaksem w skojarzeniu z azacytydyną***<br>1) do wystąpienia progresji choroby lub niemożliwej do zaakceptowania toksyczności.<br><br>***2.4. gilterytynibem w monoterapii***<br>1) leczenie powinno być prowadzone do czasu, kiedy pacjent odnosi korzyści kliniczne z leczenia gilterytynibem lub do momentu wystąpienia | | ***2.5. gilterytynibem w monoterapii***<br>1) biopsja aspiracyjna szpiku lub trepanobiopsja szpiku w przypadku suchej biopsji aspiracyjnej w pierwszym tygodniu 2. miesiąca, a następnie po 6 miesiącach leczenia;<br>2) w 3. tygodniu podawania leku, a następnie raz w miesiącu:<br>a) morfologia krwi z rozmazem,<br>b) biochemia: kreatynina, stężenie potasu, bilirubina, AST, ALT, stężenie magnezu, kinaza fosfokreatynowa, fosfataza alkaliczna (ALP);<br>3) w 2. i 3. tygodniu po rozpoczęciu leczenia oraz przed rozpoczęciem lub w pierwszym tygodniu każdego z trzech kolejnych miesięcy leczenia:<br>a) EKG.<br><br>Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia.<br>Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>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).<br>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.<br>Kontynuacja leczenia gilterytynibem (tzw. terapia podtrzymująca) u pacjentów po przeszczepieniu allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (allo-HSCT) nie jest możliwa w ramach programu lekowego.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) brak skuteczności terapii definiowany jako:<br>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,*<br>b) progresja choroby w trakcie leczenia – w przypadku terapii *wenetoklaksem w skojarzeniu z azacytydyną* lub *gilterytynibem w monoterapii* (pomimo zwiększenia dawki gilterytynibu);<br>c) progresja choroby w trakcie leczenia (tj. ponad 15% blastów we krwi obwodowej lub szpiku kostnym) – w przypadku terapii *azacytydyną doustną w monoterapii*;<br>2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia;<br>3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; | | żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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:<br>a) całkowita odpowiedź (CR),<br>b) częściowa odpowiedź (PR),<br>c) choroba stabilna (SD),<br>d) brak odpowiedzi (NR),<br>e) progresja choroby (PD),<br>f) przeżycie bez progresji choroby (PFS),<br>g) przeżycie całkowite (OS);<br>3) 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;<br>5) ciąża lub karmienie piersią;<br>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;<br>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)

<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) 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;

</td>
<td>

**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.

</td>
<td>

**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

</td>
</tr>
</table>

| | | |
|---|---|---|
| 5) brak przeciwskazań wynikających z Charakterystyki Produktu Leczniczego;<br>Powyższe kryteria muszą być spełnione łącznie.<br>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.<br><br>**2. Kryteria wykluczające udział w programie**<br>1) ciężka niewydolność wątroby;<br>2) objawowa zastoinowa niewydolność serca;<br>3) czynne, ciężkie zakażenie;<br>4) ciąża lub karmienie piersią;<br>5) nadwrażliwość na midostaurynę lub którąkolwiek substancję pomocniczą.<br><br>**3. Kryteria zakończenia udziału w programie**<br>1) ciąża lub karmienie piersią;<br>2) brak skuteczności terapii – brak uzyskania przynajmniej częściowej odpowiedzi na leczenie po 3 cyklach terapii wg zmodyfikowanych kryteriów Valenta;<br>3) progresja choroby w trakcie leczenia wg zmodyfikowanych kryteriów Valenta;<br>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);<br>5) rezygnacja pacjenta. | | roku trwania terapii, następnie co 3 cykle w latach kolejnych:<br>a) morfologia krwi z rozmazem;<br>b) biochemia: kreatynina, sód, potas, wapń, glukoza, bilirubina, AST, ALT, FA, albumina;<br>c) APTT, PT;<br>d) badanie EKG – w uzasadnionych przypadkach.<br>2) W przypadku MCL, po pierwszym cyklu leczenia:<br>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;<br>b) ocena stężenia tryptazy w surowicy, następnie co miesiąc przez pierwsze 6 miesięcy, a następnie co 3 miesiące.<br>3) W przypadku ASM i SM-AHN, po trzecim cyklu leczenia:<br>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;<br>b) ocena stężenia tryptazy w surowicy, a następnie co 3 miesiące.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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**<br>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;<br>3) przekazywanie informacji 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**<br>1) histologiczne potwierdzenie przerzutowego raka z komórek Merkla;<br>2) niemożliwe radykalne leczenie operacyjne;<br>3) brak wcześniejszego leczenia za pomocą przeciwciał anty-PD-1 lub anty-PD-L1 z powodu choroby przerzutowej raka z komórek Merkla;<br>4) dla pierwszej linii – brak wcześniejszego leczenia systemowego lub dla drugiej i kolejnych linii – progresja po wcześniejszym leczeniu systemowym raka z komórek Merkla;<br>5) stan sprawności według kryteriów ECOG w stopniu 0-1;<br>6) wiek ≥ 18 lat;<br>7) zmiany nowotworowe umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według kryteriów aktualnej wersji RECIST;<br>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**<br>Zalecana dawka awelumabu w monoterapii to 800 mg podawana dożylnie przez 60 minut co 2 tygodnie.<br>Modyfikację dawkowania należy prowadzić zgodnie z zapisami Charakterystyki Produkt Leczniczego. | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) histologiczne potwierdzenie raka z komórek Merkla;<br>2) diagnostyka obrazowa umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według aktualnych kryteriów RECIST: TK lub MRI;<br>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);<br>4) badanie przedmiotowe;<br>5) ocena sprawności w skali ECOG;<br>6) elektrokardiogram (EKG);<br>7) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym;<br>8) badania laboratoryjne:<br>a) pełna morfologia z rozmazem oraz liczbą płytek,<br>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;<br>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;<br>11) negatywny wywiad w kierunku HIV lub AIDS oraz wirusowego zapalenia wątroby (WZW) typu B lub C;<br>12) wyniki badań laboratoryjnych (przed rozpoczęciem leczenia) o następujących wartościach:<br>a) liczba leukocytów $\geq 3 \times 10^9$/l,<br>b) liczba neutrofilów $\geq 1{,}0 \times 10^9$/l,<br>c) liczba płytek krwi $\geq 100 \times 10^9$/l,<br>d) stężenie hemoglobiny $\geq 9$ g/dl,<br>e) stężenie bilirubiny całkowitej $\leq 1{,}5$ x GGN (górna granica normy) – z wyjątkiem chorych z zespołem Gilberta, gdzie tolerowana wartość jest wyższa<br>f) aktywność AST/ALT $\leq 2{,}5$ x GGN u chorych bez przerzutów do wątroby i $\leq 5$ x GGN u chorych z przerzutami<br>13) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią u pacjentek w wieku rozrodczym;<br>14) brak przeciwwskazań do stosowania leku określonych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego.<br>Kryteria kwalifikacji musza być spełnione łącznie<br>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**<br>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;<br>2) badania laboratoryjne co 2-6 tygodni:<br>a) pełna morfologia z rozmazem oraz liczbą płytek,<br>b) parametry biochemiczne surowicy: aminotransferazy (ALT lub AST), bilirubina całkowita, kreatynina, glukoza, elektrolity (w tym stężenie sodu, potasu, wapnia), TSH i wolna T4,<br>3) inne badania w zależności od wskazań klinicznych.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) Przekazywanie informacji 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,<br>– nie podlegają kryteriom uniemożliwiającym włączenie do programu.<br>–<br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>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.<br>**3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>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;<br>2) Nadwrażliwość na lek lub na substancję pomocniczą;<br>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**<br>1) dorośli chorzy w wieku co najmniej 18 lat;<br>2) choroba Cushinga potwierdzona klinicznie i biochemicznie u pacjentów, u których wykonanie zabiegu operacyjnego guza przysadki nie jest możliwe lub zakończyło się niepowodzeniem;<br>3) choroba Cushinga spełniająca w momencie kwalifikacji poniższe kryteria:<br>a) podwyższone wydalanie wolnego kortyzolu w dobowej zbiórce moczu lub późnowieczorne stężenie kortyzolu w ślinie lub surowicy powyżej wartości referencyjnej,<br>b) podwyższone lub niezahamowane stężenie ACTH w osoczu.<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br>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.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie** | **1. Dawkowanie**<br>Zalecana dawka początkowa w leczeniu choroby Cushinga wynosi 10 mg pasyreotydu.<br>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.<br>Kryteria, sposób modyfikacji dawkowania, sposób podania oraz środki ostrożności określone są w Charakterystyce Produktu Leczniczego. | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) badanie podmiotowe i przedmiotowe – występowanie typowych objawów hiperkortyzolemii;<br>2) ocena wydalania wolnego kortyzolu w dobowej zbiórce moczu;<br>3) oznaczanie stężenia ACTH w osoczu;<br>4) ocena wyrównania czynności tarczycy;<br>5) rezonans magnetyczny układu podwzgórzowo-przysadkowego nie wcześniej niż w okresie 3 miesięcy poprzedzających kwalifikację do leczenia pasyreotydem;<br>6) ocena pola widzenia w przypadku makrogruczolaka przysadki (guz o średnicy ≥ 1 cm);<br>7) badania laboratoryjne: ocena stężenia glukozy w osoczu krwi żylnej na czczo oraz odsetek hemoglobiny glikowanej (HbA1c), stężenie sodu, potasu, kreatyniny i GFR;<br>8) ocena funkcji wątroby: aktywność AspAT i AlAT oraz stężenie bilirubiny całkowitej;<br>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.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) zespół Cushinga w wyniku ektopowego wydzielania ACTH;<br>2) ucisk skrzyżowania nerwów wzrokowych przez guz powodujący istotne zaburzenia pola widzenia u pacjentów kwalifikujących się do odbarczającego leczenia neurochirurgicznego;<br>3) cukrzyca niewyrównana metabolicznie pomimo podjęcia próby optymalizacji leczenia zgodnie z punktem 3.1. *Schematu dawkowania;*<br>4) objawowa kamica żółciowa;<br>5) ciężkie zaburzenia czynności wątroby (klasa C wg. skali Child-Pugh);<br>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;<br>7) niewyrównana niedoczynność tarczycy;<br>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.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>Należy ocenić korzyści kliniczne u pacjenta po pierwszym miesiącu leczenia, a następnie oceniać je okresowo.<br>1) ocena wydalania wolnego kortyzolu w dobowej zbiórce moczu (po 1 miesiącu leczenia, po 2 miesiącach leczenia, następnie co 3 miesiące);<br>2) oznaczanie stężenia ACTH w osoczu i kortyzolu w surowicy krwi (po 1 miesiącu leczenia, po 2 miesiącach leczenia, następnie co 3 miesiące);<br>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;<br>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;<br>10) ciąża lub karmienia piersią;<br>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;<br>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;<br>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;<br>8) oznaczenie poziomu sodu i potasu według wskazań klinicznych;<br>9) USG pęcherzyka i dróg żółciowych nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy w okresie leczenia i 6 miesięcy po jego zakończeniu;<br>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;<br>11) ocena wyrównania czynności tarczycy co 6 miesięcy.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawienie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) 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:<br>1) *sorafenib* (pierwsza linia leczenia);<br>2) *kabozantynib* (druga linia leczenia).<br>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.<br><br>Spełnione muszą zostać łącznie ogólne kryteria kwalifikacji (1.1.) oraz szczegółowe kryteria kwalifikacji (1.2.) dla poszczególnych substancji czynnych.<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br>**1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji**<br>1) histologiczne rozpoznanie zróżnicowanego raka tarczycy, tj. brodawkowatego, pęcherzykowego lub onkocytarnego;<br>2) wiek powyżej 18 roku życia;<br>3) zmiany nowotworowe możliwe do obiektywnej oceny w badaniach obrazowych metodą tomografii komputerowej (KT) lub rezonansu magnetycznego (MR) według klasyfikacji RECIST;<br>4) nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze wycięcie przerzutów lub | **1. Dawkowanie**<br>Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną.<br>Dopuszczalne jest zmniejszenie wymienionych poniżej dawek zgodnie z aktualną ChPL poszczególnych leków.<br><br>**1.1. Sorafenib**<br>*Sorafenib* jest stosowany w dobowej dawce 800 mg bez przerw.<br><br>**1.2. Kabozantynib**<br>*Kabozantynib* jest stosowany w dobowej dawce 60 mg bez przerw. | **1. Badania przy kwalifikacji do leczenia sorafenibem i kabozantynibem**<br>1) histologiczne potwierdzenie zróżnicowanego raka tarczycy, tj. brodawkowatego, pęcherzykowego lub onkocytarnego;<br>2) morfologia krwi z rozmazem;<br>3) oznaczenie stężenia hemoglobiny;<br>4) oznaczenie stężenia:<br>a) bilirubiny – w surowicy,<br>b) kreatyniny;<br>5) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT) oraz fosfatazy alkalicznej;<br>6) oznaczenie białka w moczu – dla *kabozantynibu*;<br>7) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym;<br>8) scyntygrafia kości;<br>9) MR lub KT jamy brzusznej i miednicy;<br>10) RTG lub KT klatki piersiowej;<br>11) elektrokardiogram (EKG);<br>12) pomiar ciśnienia tętniczego;<br>13) inne badania w razie wskazań klinicznych. |

| | | |
|---|---|---|
| radioterapia, o ile po leczeniu utrzymuje się stan bezobjawowy);<br>5) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem;<br>6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL;<br>7) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;<br>8) niewystępowanie stanów klinicznych, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają włączenie terapii.<br><br>**1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji**<br>**1.2.1. Terapia sorafenibem**<br>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;<br>2) stan sprawności ogólnej w stopniach 0-1 według klasyfikacji ECOG;<br>**3)** progresja choroby w okresie do 14 miesięcy przed włączeniem do programu.<br><br>**1.2.2. Terapia kabozantynibem**<br>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**<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) oznaczenie w surowicy krwi stężenia:<br>a) bilirubiny,<br>b) kreatyniny,<br>c) transaminaz (AspAT, AlAT),<br>d) wapnia,<br>e) TSH;<br>3) oznaczenie białka w moczu – dla *kabozantynibu*;<br>4) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej – dla *kabozantynibu*;<br>5) EKG;<br>6) KT lub MR odpowiedniego obszaru ciała;<br>7) inne badania w razie wskazań klinicznych.<br><br>Badania laboratoryjne oraz ocenę stanu klinicznego wykonuje się:<br>1) w przypadku leczenia *sorafenibem*;<br>a) przez pierwsze dwa miesiące terapii- co 2 tygodnie,<br>b) od 3 do 6 miesiąca terapii – co miesiąc,<br>c) od 7 do 12 miesiąca terapii – co 3 miesiące,<br>d) po 12 miesiącu terapii – co 4 miesiące;<br>2) w przypadku leczenia *kabozantynibem*:<br>a) badania laboratoryjne co 4 tygodnie.<br><br>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;<br>2) udokumentowane niepowodzenie wcześniejszego leczenia z zastosowaniem inhibitora kinaz tyrozynowych;<br>3) stan sprawności ogólnej w stopniach 0-1 według klasyfikacji ECOG.<br><br>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.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia**<br>1) udokumentowana progresja w trakcie stosowania leku;<br>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* :<br>a) pierwsze badanie wykonuje się po 12 tyg. leczenia, a kolejne co 6 miesięcy, o ile nie występują dodatkowe wskazania kliniczne;<br>2) w przypadku leczenia *kabozantynibem*:<br>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;<br>3) ponadto badania należy wykonać w chwili podjęcia decyzji o wyłączeniu z programu z powodu innego niż progresja choroby.<br><br>**2. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) przekazywanie informacji 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;<br>3) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia;<br>4) nawracająca lub nieakceptowalna toksyczność powyżej 3 stopnia według skali WHO;<br>5) pogorszenie stanu sprawności o 1 lub 2 stopnie, w zależności od wartości przy kwalifikacji, ale maksymalnie do wartości 2 wg ECOG;<br>6) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;<br>7) okres ciąży lub karmienia piersią;<br>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.<br>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br>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.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia z programu. | **1. Dawkowanie**<br>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.<br>Dawka pojedyncza nie powinna być większa niż 20 mg.<br>1.2. Pacjenci z zaburzeniami czynności nerek lub wątroby:<br>a) umiarkowane lub ciężkie zaburzenia czynności nerek lub wątroby – zalecana dawka początkowa wynosi 5 mg na dobę;<br>b) łagodne zaburzenia czynności nerek lub wątroby – 10 mg na dobę (5 mg dwa razy na dobę).<br>Tempo zwiększania dawki powinno być wolniejsze niż u pacjentów z prawidłową czynnością nerek i wątroby – o 5 mg co 7 dni.<br>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**<br>**1.1. Pacjenci z wywiadem objawów LEMS krótszym niż 2 lata (ryzyko charakteru paranowotworowego choroby):**<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) AlAT;<br>3) AspAT;<br>4) ocena obrazowa śródpiersia (tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny);<br>5) USG lub TK jamy brzusznej;<br>6) oznaczenie przeciwciał anty-VGCC (lub dodatni wynik potwierdzający rozpoznanie w przeszłości);<br>7) badania elektrofizjologiczne (próba męczliwości lub dodatni wynik potwierdzający rozpoznanie w przeszłości);<br>8) konsultacja ginekologiczna u kobiet;<br>9) badanie EKG;<br>10) oznaczenie stężenia kreatyniny.<br>O zestawie badań decyduje lekarz specjalista podczas kwalifikacji do programu.<br>**1.2. Pacjenci z wywiadem objawów LEMS dłuższym niż 2 lata:** |

| | | |
|---|---|---|
| **3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) ciąża i karmienie piersią;<br>2) nadwrażliwość na fosforan amifamprydyny lub inny składnik preparatu;<br>3) brak skuteczności leczenia definiowany jako brak złagodzenia objawów klinicznych przy podawaniu prawidłowej dawki amifamprydyny (ocena kliniczna);<br>4) padaczka;<br>5) niewyrównana astma oskrzelowa;<br>6) jednoczesne stosowanie sultoprydu;<br>7) jednoczesne stosowanie produktów terapeutycznych o wąskim indeksie terapeutycznym lub o których wiadomo, że mogą wydłużać odstęp QT;<br>8) występowanie wrodzonego zespołu QT. | | 1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) AlAT;<br>3) AspAT;<br>4) oznaczenie przeciwciał anty-VGCC (lub dodatni wynik potwierdzający rozpoznanie w przeszłości);<br>5) badania elektrofizjologiczne (próba męczliwości lub dodatni wynik potwierdzający rozpoznanie w przeszłości);<br>6) badanie EKG;<br>7) oznaczenie stężenia kreatyniny.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia– po 3 miesiącach terapii a następnie raz na 6 miesięcy**<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) oznaczenie stężenia kreatyniny;<br>3) AlAT;<br>4) AspAT;<br>5) badanie EKG;<br>6) inne indywidualnie ustalone przez lekarza.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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.<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br>Do programu kwalifikowani są pacjenci, którzy spełniają następujące kryteria:<br>1) rozpoznany dziedziczny obrzęk naczynioruchowy (HAE) typu I lub typu II;<br>2) wiek od 12 roku życia;<br>3) udokumentowane, częste występowanie ciężkich ataków obrzęku naczynioruchowego - minimum 12 ataków (brzuch, krtań, gardło) z udokumentowanym użyciem leku ratunkowego w ciągu ostatnich 6 miesięcy.<br>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**<br>Dawka początkowa lanadelumabu to 300 mg podawane co 2 tygodnie.<br>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.<br>W razie nawrotu napadów dawka może być zwiększona do 300 mg co 2 tygodnie.<br>Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe.<br>Do tego czasu Pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku.<br>Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego.<br>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**<br>1) stężenie inhibitora C1 esterazy we krwi (co najmniej dwukrotny pomiar w odstępach minimum 4 tygodni);<br>2) aktywność inhibitora C1 esterazy we krwi – badanie wymagane gdy stężenie inhibitora C1 jest prawidłowe (co najmniej dwukrotny pomiar w odstępach minimum 4 tygodni);<br>3) stężenie składowej C4 dopełniacza (co najmniej dwukrotny pomiar w odstępach minimum 4 tygodni);<br>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;<br>5) morfologia krwi;<br>6) badanie ogólne moczu;<br>7) czas kaolinowo-kefalinowy (APTT);<br>8) oznaczenie INR;<br>9) oznaczenie poziomu:<br>a) aminotransferazy asparaginowej (AspAT),<br>b) aminotransferazy alaninowej (AlAT), |

| | | |
|---|---|---|
| warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.<br><br>**2. Kryteria wyłączenia**<br>Kryterium wyłączenia z leczenia lanadelumabem jest spełnienie co najmniej jednego z niżej wymienionych kryteriów:<br>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;<br>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;<br>3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lanadelumab lub którąkolwiek substancję pomocniczą.<br><br>**3. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br>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;<br>10) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym.<br>Wyniki badań przedstawione w punktach 1, 2, 3 i 4 mogą zostać pobrane z dokumentacji medycznej pacjenta.<br><br>**2. Monitorowanie bezpieczeństwa i skuteczności leczenia**<br>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:<br>1) morfologia krwi;<br>2) czas kaolinowo-kefalinowy (APTT);<br>3) aminotransferazy AspAT i ALAT, bilirubina całkowita;<br>4) oznaczenie INR;<br>5) ocena częstości występowania ataków z określeniem lokalizacji i ciężkości, w tym wymagających leczenia ratunkowego.<br>Badania wykonuje się co 6 miesięcy.<br><br>Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia Zespół Koordynacyjny określa dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym:<br>a) częstość występowania ataków oraz ich ciężkość i lokalizację,<br>b) konieczność wdrożenia leczenia ratunkowego.<br>Dane gromadzone są w systemie elektronicznym i analizowane przez Zespół Koordynacyjny, który |

| | | |
|---|---|---|
| | | podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) przekazywanie informacji 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)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynujący ds. kwalifikacji i weryfikacji leczenia w programie leczenia choroby Wilsona.<br><br>1. Kryteria kwalifikacji<br>1) rozpoznanie choroby Wilsona;<br>2) wiek ≥ 5 lat;<br>3) w postaci neurologicznej, bezobjawowej lub skąpoobjawowej stwierdzona nietolerancja leczenia D-penicylaminą i siarczanem cynku;<br>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.<br>Kryteria kwalifikacji 1), 2) i 3) lub 4) muszą być spełnione łącznie.<br><br>2. Określenie czasu leczenia w programie<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</td>
<td>1. Dawkowanie<br>Trientynę należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej na dzień wydania decyzji o objęciu refundacją leku w tym programie Charakterystyce Produktu Leczniczego.</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji<br>1) badanie fizykalne;<br>2) badanie neurologiczne (ocena stanu w skali UWDRS II i III, jeżeli obecne są zaburzenia neurologiczne);<br>3) badanie oka w lampie szczelinowej w celu stwierdzenia obecności pierścienia Kaysera-Fleischera;<br>4) badanie ogólne moczu;<br>5) morfologia krwi obwodowej z rozmazem;<br>6) stężenie miedzi wolnej, całkowitej i ceruloplazminy w surowicy, dobowe wydalanie miedzi z moczem;<br>7) czas protrombinowy (PT);<br>8) międzynarodowy współczynnik znormalizowany (INR);<br>9) aminotransferaza asparaginowa (AspAT i alaninowa (AlAT);<br>10) bilirubina całkowita i bezpośrednia;<br>11) USG wątroby;<br>12) MRI głowy, ocena obecności pierścienia Kayser Fleischera.<br><br>2. Monitorowanie leczenia<br>Badania przeprowadzane w pierwszym roku co 3 miesiące (w przypadku wskazań klinicznych monitorowanie może odbywać się częściej), w następnych latach co pół roku:</td>
</tr>
</table>

| | | |
|---|---|---|
| **3. Kryteria wyłączenia**<br>1) nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek z substancji pomocniczych;<br>2) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych związanych z lekiem;<br>3) niestosowanie się pacjenta do zaleceń lekarskich;<br>4) ciąża – z wyłączeniem przypadków, gdy korzyści związane z leczeniem przeważają nad ryzykiem dla pacjentki oraz płodu;<br>5) karmienie piersią;<br>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;<br>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;<br>2) badanie neurologiczne;<br>3) badanie ogólne moczu;<br>4) morfologia;<br>5) stężenie miedzi wolnej, całkowitej i ceruloplazminy w surowicy, dobowe wydalanie miedzi z moczem;<br>6) czas protrombinowy (PT);<br>7) międzynarodowy współczynnik znormalizowany (INR);<br>8) aminotransferaza asparaginowa (AspAT);<br>9) aminotransferaza alaninowa (AlAT);<br>10) bilirubina całkowita i bezpośrednia;<br>11) USG wątroby.<br>Badania przeprowadzone raz w roku:<br>1) badanie pierścienia Kaysera Fleischera w lampie szczelinowej.<br>Ponadto w ramach monitorowania wykonuje się badanie MRI głowy w przypadku pogorszenia neurologicznego oraz przed zakończeniem leczenia.<br>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.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) przekazywanie informacji 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:<br>1) *dupilumabem,*<br>2) *upadacytynibem,*<br>3) *baricytynibem,*<br>4) *tralokinumabem,*<br>5) *abrocytynibem,*<br>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br>Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria:<br>1) wieku<br>a) wiek 6 lat i powyżej - w przypadku kwalifikacji do terapii *dupilumabem,*<br>albo<br>b) wiek 12 lat i powyżej - w przypadku kwalifikacji do terapii *upadacytynibem* albo *tralokinumabem,*<br>albo<br>c) wiek 18 lat i powyżej- w przypadku kwalifikacji do terapii *baricytynibem* albo *abrocytynibem*;<br>2) ciężka postać atopowego zapalenia skóry (EASI≥20) u | **1. Dawkowanie**<br>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;<br>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.;<br>3) *baricytynib* maksymalna dawka wynosi 4 mg raz na dobę;<br>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;<br>5) *abrocytynib* maksymalna dawka wynosi 200 mg raz na dobę.<br><br>Dopuszczalne jest wydłużenie odstępu pomiędzy podaniem kolejnych dawek zgodnie z ChPL. | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) badania biochemiczne:<br>a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,<br>b) oznaczenie stężenie mocznika we krwi,<br>c) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB) lub oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP),<br>d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),<br>e) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST),<br>f) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu HDL, cholesterolu LDL i triglicerydów (lipidogram) – w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia *upadacytynibem* albo *baricytynibem* albo *abrocytynibem*;<br>3) badania wirusologiczne w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia *upadacytynibem* albo *baricytynibem* albo *abrocytynibem*:<br>a) obecność antygenu HBs,<br>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:<br>a) u osób pomiędzy 12 a 18 r.ż.:<br>– niepowodzenie immunosupresyjnej terapii ogólnej<br>lub<br>– przeciwskazania do stosowania immunosupresyjnej terapii ogólnej, które uniemożliwiają jej zastosowanie,<br>lub<br>– wystąpienie działań niepożądanych, które uniemożliwiają kontynuowanie immunosupresyjnej terapii ogólnej,<br>b) u osób w wieku 18 lat i powyżej:<br>– niepowodzenie leczenia *cyklosporyną*,<br>lub<br>– przeciwwskazania do stosowania *cyklosporyny*, które uniemożliwiają jej zastosowanie,<br>lub<br>– wystąpienie działań niepożądanych, które uniemożliwiają kontynuowanie leczenia *cyklosporyną*;<br>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;<br>4) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego;<br>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.<br>Pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty w odstępach zgodnych z punktami monitorowania leczenia.<br>Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego.<br>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.<br>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;*<br>4) badanie ogólne moczu;<br>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);<br>6) EKG z opisem (pacjenci w wieku od 6 do 18 lat – do decyzji lekarza prowadzącego);<br>7) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia *upadacytynibem* albo *baricytynibem* albo *abrocytynibem*;<br>8) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu;<br>9) ocena nasilenia objawów choroby wg EASI;<br>10) ocena jakości życia wg DLQI u osób ≥ 18 r.ż., a u osób od 6 do 18 r.ż. skalą CDLQI;<br>11) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>**2.1. Badania po 16 tygodniach (+/- 14 dni) od pierwszego podania, a następnie co 3 miesiące (+/- 14 dni):**<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) badania biochemiczne:<br>a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,<br>b) oznaczenie stężenie mocznika we krwi;<br>c) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB) lub oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP),<br>d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej |

| | | |
|---|---|---|
| lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;<br>6) brak przeciwwskazań do stosowania określonych w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym;<br>7) brak aktywnego zakażenia pasożytniczego lub infekcji, która w opinii lekarza jest przeciwskazaniem do terapii - dotyczy *dupilumabu*;<br>8) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią.<br>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.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>Lekarz prowadzący może w każdym momencie czasowym przerwać bądź zakończyć leczenie zgodnie ze swoją wiedzą medyczną.<br>1) brak adekwatnej odpowiedzi na leczenie, ocenianej zgodnie z harmonogramem monitorowania skuteczności leczenia pacjenta. Miernikiem nieadekwatnej odpowiedzi na leczenie jest spełnienie łącznie wymienionych kryteriów:<br>a) nieuzyskanie co najmniej 50% redukcji wskaźnika oceny kwestionariuszem Eczema Area and Severity Index score (EASI), | | (ALT),<br>e) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST),<br>f) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu HDL, cholesterolu LDL i triglicerydów (lipidogram) w przypadku monitorowania leczenia upadacytynibem albo baricytynibem albo abrocytynibem;<br>3) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu;<br>4) ocena skuteczności zastosowanej terapii:<br>a) ocena nasilenia objawów choroby wg EASI,<br>b) ocena jakości życia wg DLQI u osób ≥ 18 r.ż., a u osób od 6 do 18 r.ż. skalą CDLQI.<br><br>**2.2. Monitorowania skuteczności leczenia dokonuje się:**<br>1) po 16 tygodniach od rozpoczęcia leczenia w programie lekowym,<br>2) po 26 tygodniach od rozpoczęcia leczenia w programie lekowym,<br>3) nie rzadziej niż co 6 miesięcy w przypadku leczenia pacjenta w programie lekowym powyżej 26 tygodni.<br>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<br>b) nieuzyskanie poprawy jakości życia ocenionej za pomocą skali DLQI/CDLQI o minimum 4-punkty w stosunku do wartości początkowych z kwalifikacji,<br>oraz<br>c) w przypadku leczenia *dupilumabem* osób w wieku od 6 do 11 lat brak kwalifikacji do zwiększenia dawki;<br>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);<br>3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;<br>4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;<br>5) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL;<br>6) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;<br>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;<br>8) ciąża lub laktacja.<br><br>**4. Ponowne włączenie do programu**<br>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.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) 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;<br>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)

<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 Chorych na Raka Kolczystokomórkowego Skóry, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.<br>W programie finansuje się leczenie immunologiczne cemiplimabem.<br><br>1. Kryteria kwalifikacji<br>1) histologicznie potwierdzona obecność raka kolczystokomórkowego skóry z przerzutami lub w stadium miejscowo-zaawansowanym, przy braku kwalifikacji do radykalnego leczenia chirurgicznego lub radykalnej radioterapii;<br>2) wiek ≥18 roku życia;<br>3) stopień sprawności 0 – 2 według skali ECOG;<br>4) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (ChPL);<br>5) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL;<br>6) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;</td>
<td>1. Dawkowanie<br>Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymanie leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną.<br>Zalecana dawka cemiplimabu wynosi 350 mg podawana co 3 tygodnie, we wlewie dożylnym trwającym 30 minut.</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji<br>1) histologiczne potwierdzenie raka kolczystokomórkowego skóry z przerzutami lub w stadium miejscowo-zaawansowanym nieresekcyjnym;<br>2) ocena sprawności w skali ECOG;<br>3) morfologia krwi z rozmazem;<br>4) oznaczenie stężenia kreatyniny;<br>5) oznaczenie stężenia bilirubiny;<br>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;<br>7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;<br>8) oznaczenie TSH i FT4;<br>9) test na HCV, HBV;<br>10) test ciążowy z próbki krwi u kobiet w wieku rozrodczym (wynik ważny 4 dni);<br>11) ocena rozległości zmian w badaniu przedmiotowym całej skóry wraz z dokumentacją fotograficzną widocznych zmian (na zdjęciu widoczna skala);<br>12) badanie TK lub MR w przypadku wskazań klinicznych, dla oceny głębokości naciekania nowotworowego lub udokumentowania zmian przerzutowych, ocena RECIST 1.1;</td>
</tr>
</table>

| | | |
|---|---|---|
| 7) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną ChPL;<br>8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii, stwierdzonych przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL<br>9) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem.<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>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.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) udokumentowana progresja choroby w trakcie stosowania leku, oceniana na podstawie złożonego punktu końcowego obejmującego obowiązujące kryteria RECIST i cyfrowe zdjęcia medyczne (kryteria WHO);<br>2) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą uniemożliwiającej kontynuację leczenia; | | 13) inne badania w razie wskazań klinicznych.<br>Wstępne badania obrazowe lub dokumentacja fotograficzna muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.<br><br>**2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia**<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) oznaczenie stężenia kreatyniny;<br>3) oznaczenie stężenia bilirubiny;<br>4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;<br>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;<br>6) oznaczenie TSH i FT4;<br>7) test ciążowy z próbki krwi u kobiet w wieku rozrodczym (wynik ważny 4 dni);<br>8) inne badania w razie wskazań klinicznych.<br>Badania wykonuje się przed każdym podaniem leku, nie rzadziej niż co 9 – 12 tygodni.<br><br>**3. Badania w celu monitorowania skuteczności leczenia**<br>1) ocena kliniczna wraz z dokumentacją fotograficzną widocznych zmian (na zdjęciu musi być widoczna skala);<br>2) badania TK lub MR odpowiedniego obszaru;<br>3) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych.<br>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.<br><br>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;<br>4) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;<br>5) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualnie obowiązującą ChPL lub aktualną wiedzą medyczną;<br>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;<br>7) okres ciąży lub karmienia piersią;<br>8) brak współpracy chorego z lekarzem prowadzącym:<br>a) niestosowanie się do zaleceń (uchylanie się od wykonywania badań laboratoryjnych),<br>b) niestosowanie się do zaleconego schematu dawkowania;<br>c) brak współpracy w monitorowaniu leczenia (niezgłaszanie się na wizyty kontrolne). | | a) zwiększenia sumy najdłuższych wymiarów widocznych zmian o 20%<br>lub<br>b) pojawienia się nowej zmiany lub nowego owrzodzenia, które nie wykazuje cech gojenia do następnej wizyty kontrolnej.<br>Ocena odbywa się w oparciu o aktualne kryteria RECIST i cyfrowe zdjęcia medyczne (kryteria WHO).<br>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.<br><br>Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia Zespół Koordynacyjny określa dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym:<br>a) całkowitą (CR) lub częściową odpowiedz (PR) na leczenie,<br>b) stabilizację (SD) lub progresję choroby (PD),<br>c) całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS).<br>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.<br><br>**4. Monitorowanie programu**<br>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;<br>3) 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)**<br>1) rozpoznanie autosomalnie dominującej postaci zwyrodnienia wielotorbielowatego nerek (ADPKD) na podstawie badania w rezonansie magnetycznym lub na podstawie badania USG (kryteria Pei-Ravine);<br>2) wiek ≥18. roku życia;<br>3) szybka progresja choroby definiowana jako:<br>a) zmniejszenie eGFR ≥ 5 ml/min na rok oraz eGFR 30- 90 ml/min/1,73 $m^2$,<br>lub<br>b) zmniejszenie eGFR ≥ 2,5 ml/min na rok w okresie 5 lat oraz eGFR 30- 60 ml/min/1,73 $m^2$,<br>lub<br>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.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie** | **1. Dawkowanie**<br>Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania tolwaptanu zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego. | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) eGFR;<br>2) całkowita objętość nerek określona na podstawie rezonansu magnetycznego lub długość nerek określona na podstawie USG;<br>3) stężenie bilirubiny całkowitej;<br>4) aktywność AlAT, AspAT;<br>5) stężenie elektrolitów w surowicy.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>1) co miesiąc przez pierwsze 18 miesięcy leczenia, a następnie co 3 miesiące – stężenie bilirubiny całkowitej, aktywność AlAT, AspAT;<br>2) co najmniej co 3 miesiące – stężenie sodu i potasu w surowicy, stężenie kreatyniny i eGFR;<br>3) raz na 3 lata – objętość nerek oceniona w rezonansie magnetycznym, jeżeli nie występują przeciwskazania do tego badania;<br>4) raz na 3 lata – ultrasonograficzna ocena wymiarów nerek.<br><br>**3. Monitorowanie programu** |

| | | |
|---|---|---|
| Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów włączenia i kryteriów wyłączenia z programu.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia**<br>1) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą lub na benzodiazepinę lub pochodne benzodiazepiny;<br>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;<br>3) uzyskanie eGFR<15ml;<br>4) zmniejszenie objętości wewnątrznaczyniowej pod postacią objawowego niedociśnienia tętniczego lub ciężkiego odwodnienia;<br>5) hipernatremia;<br>6) brak prawidłowego odczucia pragnienia lub brak adekwatnej reakcji na pragnienie, określonej na podstawie badania podmiotowego;<br>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).<br>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.<br>3) 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**<br>1) wiek 18 lat i powyżej;<br>2) rozpoznanie nabytej ciężkiej postaci niedokrwistości aplastycznej;<br>3) oporność na wcześniejsze leczenie immunosupresyjne lub przebyte wcześniejsze intensywne leczenie i brak kwalifikacji do transplantacji krwiotwórczych komórek macierzystych;<br>4) liczba płytek krwi ≤30 000/µl;<br>5) brak nieprawidłowości cytogenetycznych dotyczących chromosomu 7.<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br>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.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>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**<br>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.<br>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**<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita);<br>3) badania umożliwiające wykluczenie innych stanów klinicznych przebiegających z małopłytkowością, w szczególności MDS;<br>4) biopsja aspiracyjna szpiku z badaniem cytogenetycznym oraz trepanobiopsja;<br>5) badanie okulistyczne;<br>6) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>1) badania przeprowadzane w okresie dostosowania dawki: wykonywane co 2 tygodnie:<br>a) parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita. W przypadku podwyższonego stężenia bilirubiny badanie jej frakcji,<br>b) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) badania przeprowadzane po ustaleniu stabilnej dawki:<br>a) wykonywane co 1 miesiąc: |

| | | |
|---|---|---|
| **3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) nadwrażliwość na eltrombopag lub którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>2) brak odpowiedzi hematologicznej po 16 tygodniach leczenia;<br>3) wystąpienie nieprawidłowości cytogenetycznych stanowiących przeciwwskazanie do kontynuacji leczenia eltrombopagiem;<br>4) wystąpienie nowych lub postępujących nieprawidłowości morfologicznych lub cytopenii;<br>5) Zaburzenia czynności wątroby w skali Child-Pugh ≥ 5;<br>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:<br>a) będzie narastać<br>albo<br>b) będzie utrzymywać się ≥ 4 tygodni,<br>albo<br>c) będzie związane ze zwiększeniem stężenia bilirubiny bezpośredniej,<br>albo<br>d) będzie związane z objawami klinicznymi uszkodzenia wątroby lub objawami dekompensacji wątroby;<br>7) ciąża;<br>8) karmienie piersią. | wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego.<br>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.<br>Kryteria i sposób modyfikacji dawkowania dla szczególnych grup pacjentów określone są w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego. | – morfologia krwi z rozmazem,<br>– parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita. W przypadku podwyższonego stężenia bilirubiny badanie jej frakcji);<br>3) badania przeprowadzane w przypadku wystąpienia nowych lub postępujących nieprawidłowości morfologicznych lub cytopenii:<br>a) biopsja aspiracyjna szpiku kostnego z badaniem cytogenetycznymi trepanobiopsja (z oceną włóknienia);<br>4) badania przeprowadzane w okresie czasowego przerwania leczenia:<br>a) wykonywane raz w tygodniu do czasu poprawy wyników:<br>– morfologia krwi z rozmazem;<br>5) badanie wykonywane co 3 miesiące:<br>a) okresowa kontrola okulistyczna;<br>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.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) przekazywanie informacji 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**<br>Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.<br>Kwalifikacja do programu odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta.<br>1) wiek ≥12 lat;<br>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:<br>a) udokumentowana obecność genetycznych mutacji w genie związanym z ostrą porfirią wątrobową (AHP), zdefiniowanym jako dowolny z poniższych:<br>– AIP: mutacja w genie *HMBS*,<br>– HCP: mutacja w genie *CPOX*, | **1. Dawkowanie**<br>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**<br>1) badanie przedmiotowe, w tym masa ciała, wzrost, BMI, ECOG, ciśnienie tętnicze krwi, częstość akcji serca;<br>2) badania laboratoryjne:<br>a) pełna morfologia krwi ze wzorem odsetkowym,<br>b) badania biochemiczne (sód, potas, mocznik, fosforany, kreatynina i eGFR, albumina, kwas moczowy, wapń, białko całkowite, glukoza, stężenie jonów chlorkowych, lipaza, amylaza, ferrytyna),<br>c) badania czynności wątroby: AspAT, ALAT, ALP, bilirubina (całkowita i bezpośrednia),<br>d) koagulogram: czas protrombinowy (PT), czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT), ocena D-dimerów, międzynarodowy współczynnik znormalizowany (INR);<br>3) badanie ogólne moczu;<br>4) w przypadku kobiet w wieku rozrodczym – oznaczenie beta hCG (gonadotropina kosmówkowa) w moczu lub krwi;<br>5) ALA i PBG w moczu;<br>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*,<br>– ADP: mutacja w genach homozygotycznych lub złożonych genów heterozygotycznych ALAD,<br>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%);<br>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;<br>4) gotowość do przestrzegania wymogów związanych z kontrolą urodzeń w okresie leczenia.<br><br>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.<br><br>**2. Kryteria stanowiące przeciwskazania do włączenia do programu**<br>Obecne co najmniej jedno z poniższych kryteriów podczas kwalifikacji do programu:<br>1) ALT >2×GGN,<br>2) bilirubina całkowita (TBL)>1,5×GGN (dla pacjentów z zespołem Gilberta TBL>2xGGN),<br>3) INR>1,5 (dla pacjentów przyjmujących leki przeciwzakrzepowe INR>3,5);<br>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);<br>7) ocena jakości życia mierzona w skali PCS SF-12.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>**2.1.** Raz na miesiąc:<br>1) pełna morfologia krwi ze wzorem odsetkowym;<br>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;<br>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;<br>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.<br><br>**2.2.** Raz na 6 miesięcy:<br>1) Ocena jakości życia mierzona w skali PCS SF-12;<br>2) Poziom ALA i PBG w moczu.<br><br>**2.3.** Raz na rok:<br>1) Ocena skuteczności terapii: |

| | | |
|---|---|---|
| 5) reakcje alergiczne na oligonukleotyd lub GalNAc w wywiadzie;<br>6) nietolerancja iniekcji podskórnych w wywiadzie;<br>7) aktywne zakażenie HIV lub potwierdzone obecne lub przewlekłe zakażenie HCV lub HBV;<br>8) ciąża lub planowanie ciąży w trakcie leczenia;<br>9) karmienie piersią;<br>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);<br>11) nawracające zapalenie trzustki lub ostre zapalenie trzustki w wywiadzie z aktywnością choroby w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed kwalifikacją do programu;<br>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).<br><br>**3. Określenie czasu leczenia w programie**<br>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,<br>b) liczba dni stosowania heminy rocznie,<br>c) poziom ALA i PBG w moczu,<br>d) jakość życia mierzona w skali PCS SF-12.<br>Weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o w/w kryteria oraz ocenę stanu klinicznego pacjenta dokonywaną przez Zespół Koordynacyjny.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia.<br>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).<br>3) Przekazywanie informacji 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**<br>1) brak skuteczności leczenia stwierdzony przez Zespół Koordynacyjny na podstawie punktu a) albo b) poniżej;<br>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;<br>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;<br>2) klinicznie istotne podwyższenie wartości w wynikach badań czynności wątroby zgodnie z oceną lekarza prowadzącego;<br>3) eGFR <15ml/min/1,73m$^2$ przy zastosowaniu wzoru MDRD;<br>4) zakażenie HIV, HCV lub HBV;<br>5) zapalenie trzustki;<br>6) nadwrażliwość na lek;<br>7) ciąża;<br>8) karmienie piersią. | | |

Załącznik B.129.FM.

# LECZENIE CHORYCH NA PIEROTNĄ 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**<br>Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.<br>Kwalifikacja do programu odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta:<br>1) potwierdzenie choroby PH1 badaniem molekularnym;<br>2) przewlekła choroba nerek w stadium I-III (eGFR>30 ml/min/1,73m$^2$);<br>3) średnie dobowe wydalanie szczawianów z moczem ≥0,70 mmol /1,73 m$^2$/24h ;<br>4) brak efektywności terapii witaminą $B_6$ (pirydoksyną) rozumianej jako redukcja dobowego wydalania szczawianów z moczem ≥ 30% w okresie co najmniej 3- miesięcznym;<br>5) pisemna świadoma zgoda pacjenta na leczenie; w przypadku pacjentów poniżej 18. roku życia – zgoda opiekuna prawnego.<br>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**<br>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:<br>1) masa ciała poniżej 10 kg:<br>– dawka nasycająca 6 mg / kg m.c.,<br>– dawka podtrzymująca 3 mg / kg m.c. raz w miesiącu;<br>2) masa ciała od 10 kg do mniej niż 20 kg:<br>– dawka nasycająca 6 mg / kg m.c.,<br>– dawka podtrzymująca 6 mg / kg m.c. raz na 3 miesiące;<br>3) masa ciała 20 kg i więcej:<br>– dawka nasycająca 3 mg / kg m.c.,<br>– dawka podtrzymująca 3 mg / kg m.c. raz na 3 miesiące.<br>Szczegółowe warunki stosowania są opisane w ChPL. | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) pomiar wzrostu i masy ciała;<br>2) test ciążowy dla kobiet w wieku rozrodczym;<br>3) badanie DNA dla określenia mutacji genu AGXT;<br>4) badania przesiewowe w kierunku HIV oraz HBV, HCV;<br>5) ocena laboratoryjna:<br>a) co najmniej dwukrotna ocena dobowego wydalania szczawianów z moczem (mmol /1,73 m$^2$/24h),<br>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,<br>c) badanie ogólne moczu;<br>6) USG układu moczowego.<br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>Po pierwszych sześciu miesiącach leczenia, lekarz dokonywać będzie oceny odpowiedzi pacjenta na leczenie. |

| | | |
|---|---|---|
| **2. Kryteria stanowiące przeciwskazania do włączenia do programu**<br>1) eGFR < 30 ml/min/1,73m$^2$;<br>2) klinicznie istotne nieprawidłowe wyniki badań laboratoryjnych (ALT i AST > 2xULN; bilirubina całkowita >1,5xULN; INR > 1,5ULN);<br>3) zakażenie wirusem HIV lub WZW B lub WZW C;<br>4) przeszczepienie nerki lub wątroby;<br>5) nietolerancja wstrzyknięć podskórnych;<br>6) ciąża;<br>7) karmienie piersią;<br>8) odmowa stosowania antykoncepcji przez kobiety w wieku rozrodczym;<br>9) historia nadużywania alkoholu w ciągu ostatnich 12 miesięcy lub niemożność lub niechęć do ograniczenia spożycia alkoholu w trakcie leczenia;<br>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).<br><br>**3. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>**4. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) nieprawidłowe wyniki badań laboratoryjnych (ALT i AST > 2xULN; bilirubina całkowita >1,5xULN; INR > 1,5ULN); | | **2.1.** Badania co 3 miesiące:<br>1) pomiar wzrostu (pacjenci pediatryczni) i masy ciała;<br>2) ocena laboratoryjna:<br>a) co najmniej dwukrotna ocena dobowego wydalania szczawianów z moczem (mmol /1,73 m2/24h),<br>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,<br>c) badanie ogólne moczu,<br>d) USG układu moczowego, w przypadku uznania za konieczne przez lekarza prowadzącego.<br>Weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o w/w kryteria oraz ocenę stanu klinicznego pacjenta dokonywaną przez Zespół Koordynacyjny.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia.<br>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;<br>3) osiągnięcie stadium IV lub V PChN (eGFR<30 ml/min/1,73m$^2$);<br>4) wystąpienie nadwrażliwości na lek;<br>5) ciąża;<br>6) karmienie piersią;<br>7) zakażenie wirusem HIV lub WZW B lub WZW C. | | a) procentowa zmiana dobowego wydalania szczawianów z moczem (mmol/1,73m$^2$/24h),<br>b) zmiana funkcji nerek za pomocą oceny współczynnika eGFR.<br>3) Przekazywanie informacji 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.<br><br>1. Kryteria kwalifikacji<br>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).<br>Pacjenci z DMD bez mutacji nonsensownej nie powinni otrzymywać atalurenu.<br>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<br>Ataluren stosowany jest doustnie trzy razy na dobę. Zalecane jest dawkowanie wg schematu:<br>1) rano – 10 mg/kg masy ciała,<br>2) w południe – 10 mg/kg masy ciała;<br>3) wieczorem – 20 mg/kg masy ciała<br>– do łącznej dawki 40 mg/kg masy ciała na dobę.<br>Sposób podawania atalurenu – zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji o objęciu refundacją Charakterystyką Produktu Leczniczego.</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia<br>1) wynik badania genetycznego potwierdzający mutację nonsensowną genu dystrofiny;<br>2) kreatynina w surowicy, eGFR;<br>3) kinaza kreatynowa w surowicy (CPK);<br>4) azot mocznika we krwi;<br>5) cholesterol całkowity;<br>6) LDL;<br>7) HDL;<br>8) trójglicerydy.<br><br>2. Monitorowanie leczenia<br>1) Co 6 miesięcy:<br>a) CPK, kreatynina w surowicy, azot mocznika we krwi (co 6 do 12 miesięcy),<br>b) ciśnienie tętnicze skurczowe i rozkurczowe w spoczynku;<br>2) Co 12 miesięcy ponadto:<br>a) cholesterol całkowity,</td>
</tr>
</table>

| | | |
|---|---|---|
| **2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>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.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia**<br>1) rezygnacja pacjenta;<br>2) dyskwalifikacja z powodu działań niepożądanych;<br>3) jednoczesne stosowanie dożylnych aminoglikozydów;<br>4) trwała utrata zdolności do chodzenia (tj. utrzymująca się powyżej 6-ciu miesięcy).<br><br>**4. Warunkowe (czasowe) wykluczenie z programu**<br>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,<br>c) HDL,<br>d) trójglicerydy.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawienie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia.<br>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.<br>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**<br>Pacjent musi spełniać wszystkie poniższe kryteria włączenia do programu.<br>1) potwierdzona wieloogniskowa postać choroby Castlemana;<br>2) wiek powyżej 18 roku życia;<br>3) ujemne wyniki badań w kierunku zakażenia wirusem HIV oraz HHV-8;<br>4) brak czynnego zakażenia WZW B;<br>5) odpowiednia wydolność szpiku oceniana na podstawie wyników badań laboratoryjnych:<br>a) całkowita liczba neutrofilów ≥ 1,0 x $10^9$/l,<br>b) liczba płytek ≥ 50 x $10^9$/l,<br>c) hemoglobina < 170 g/l (10,6 mmol/l);<br>6) stosowanie skutecznej metody antykoncepcji;<br>7) brak występowania chłoniaka w wywiadzie.<br><br>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**<br>Dawkowanie *siltuksymabu* zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego aktualną na dzień objęcia refundacją. | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) morfologia krwi z rozmazem, CRP, stężenie albumin;<br>2) profil nerkowy (stężenie kreatyniny, mocznika, potasu, sodu i kwasu moczowego, GFR);<br>3) aktywność AspAT, AIAT, stężenie bilirubiny;<br>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);<br>5) badania przesiewowe w kierunku zakażenia HBV (HBsAg i HBcAb, a w przypadku dodatniego wyniku HBsAg lub HBcAb badanie HBV-DNA);<br>6) test ciążowy (oznaczenie stężenie gonadotropiny kosmówkowej w moczu lub krwi);<br>7) tomografia komputerowa (TK) obejmująca szyję, klatkę piersiową, jamę brzuszną i miednicę.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>Monitorowanie skuteczności leczenia powinno się odbywać na podstawie kryteriów odpowiedzi według międzynarodowych |

| | | |
|---|---|---|
| **2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie wystąpienia kryteriów wyłączenia z programu.<br>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.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na *siltuksyma*b lub którykolwiek ze składników preparatu;<br>2) wystąpienie toksyczności powyżej 3. stopnia według WHO;<br>3) utrzymujący się przez ≥ 3 tygodnie wzrost nasilenia (≥ 2. stopnia) objawów związanych z chorobą;<br>4) pojawienie się nowych objawów związanych z chorobą o nasileniu ≥ 3. stopnia;<br>5) pogorszenie stanu sprawności ogólnej, tj. utrzymujący się przez ≥ 3 tygodnie wzrost o > 1 punkt w skali ECOG;<br>6) progresja choroby potwierdzona w badaniu tomografii komputerowej węzłów chłonnych na podstawie zmodyfikowanych kryteriów Lugano;<br>7) ciąża i laktacja. | | zaleceń Zespołu Ekspertów ds. Choroby Castlemana – Castleman Disease Collaborative Network (CDCN).<br>1) monitorowanie objawów choroby Castlemana wg zaleceń CDCN na podstawie CTC;<br>2) monitorowanie bezpieczeństwa leczenia zgodnie z NCI-CTCAE v 4.0;<br>3) morfologia krwi z rozmazem, CRP, stężenie albumin;<br>4) profil nerkowy (stężenie kreatyniny, mocznika, potasu, sodu i kwasu moczowego, GFR);<br>5) aktywność AspAT, AIAT;<br>6) ocena wielkości węzłów chłonnych na podstawie zmodyfikowanych kryteriów Lugano (tomografia komputerowa).<br><br>Badania wykonuje się:<br>1) morfologia krwi z rozmazem należy wykonywać przez pierwsze 12 miesięcy przed każdym podaniem leku, a następnie co 2-4 miesiące;<br>2) stężenie CRP przez 6 miesięcy przed każdym podaniem leku, a następnie co 2-4 miesiące;<br>3) profil nerkowy, albuminy, aktywność AspAT, AIAT przez 3 miesiące przed każdym podaniem leku, a następnie co 2-4 miesiące;<br>4) tomografię komputerową należy wykonywać po 3, 6 i 12 miesiącu terapii, a następnie w razie podejrzenia progresji choroby.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich |

| | | |
|---|---|---|
| | | przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) 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)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| W ramach programu lekowego pediatrycznym i dorosłym pacjentom, seropozytywnym względem CMV, którzy byli poddani zabiegowi przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (alloHSCT) udostępnia się terapię:<br>1) *letermowirem*,<br>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) pediatryczny lub dorosły biorca przeszczepu allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (alloHSCT);<br>2) stwierdzona seropozytywność (obecne IgG) biorcy względem CMV;<br>3) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;<br>4) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią (dotyczy kobiet w wieku rozrodczym); | **1. Dawkowanie leku**<br>**1.1. letermowir**<br>1.1.1. dorośli pacjenci:<br>Zalecana dawka letermowiru wynosi 240 mg lub 480 mg podawana doustnie raz na dobę.<br><br>1.1.2. pediatryczni pacjenci<br>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.<br><br>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 | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) oznaczenie statusu serologicznego CMV IgG i IgM biorcy;<br>2) ocena wydolności wątroby:<br>a) oznaczenie stężenie bilirubiny w surowicy krwi,<br>b) oznaczenie stężenia albuminy w surowicy krwi,<br>c) oznaczenie INR,<br>d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),<br>e) określenie skali Child-Pugh;<br>3) ocena wydolności nerek:<br>a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,<br>b) oznaczenie wskaźnika eGFR.<br><br>**2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia**<br>2.1. pediatryczni pacjenci<br>1) badania wykonywane raz na dwa tygodnie w trakcie stosowania letermowiru: |

| | | |
|---|---|---|
| 5) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji (dotyczy pacjentów w wieku rozrodczym) zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;<br>6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego;<br>7) nieobecność ciężkiego (klasa C w skali Child-Pugh) zaburzenia czynności wątroby;<br>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.<br>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br>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.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Stosowanie letermowiru można rozpocząć w dniu przeszczepienia i nie później niż 28 dni po przeszczepieniu.<br>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.<br><br>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.<br><br>Tabletkę należy podzielić lub rozkruszyć, aby podać ilość odpowiadającą ww. dawce.<br><br>**2. Modyfikacja dawkowania leku**<br>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),<br>b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi.<br><br>**3. Monitorowanie skuteczności leczenia**<br>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.<br><br>**4. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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:<br>a) wystąpienie klinicznie istotnej infekcji CMV,<br>b) konieczność rozpoczęcia terapii wyprzedzającej;<br>3) 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**<br>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);<br>2) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;<br>3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia;<br>4) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;<br>5) okres ciąży lub karmienia piersią;<br>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)

<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 programie finansuje się dwie linie leczenia migreny przewlekłej substancjami:<br>1) Toksyna botulinowa typu A<br>2) Erenumab<br>3) Fremanezumab<br>W pierwszej linii leczenia stosuje się toksynę botulinową typu A.<br>W drugiej linii leczenia dostępna jest jedna terapia erenumabem albo fremanezumabem.<br><br>1. Kryteria kwalifikacji<br>1.1. Kryteria kwalifikacji do leczenia toksyną botulinową<br>1) pacjenci, którzy ukończyli 18 r. życia;<br>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);<br>3) minimum 2 udokumentowane próby leczenia profilaktycznego migreny przewlekłej lekami o różnym działaniu, wybranymi spośród:</td>
<td>1. Toksyna botulinowa<br>Lek podaje się wielopunktowo, zgodnie z zapisami aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyki Produktu Leczniczego.<br>Jednorazowo podaje się pacjentowi maksymalną dawkę 195 j.<br>Kolejne podanie leku następuje po upływie co najmniej 12 tygodni, ale nie później niż 16 tygodni od podania poprzedniej dawki leku.<br><br>2. Erenumab<br>Zgodnie z zapisami aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyki Produktu Leczniczego:<br>140 mg erenumabu co 4 tygodnie.<br><br>3. Fremanezumab<br>Zgodnie z zapisami aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyki Produktu Leczniczego:</td>
<td>1. Wykaz badań przy kwalifikacji<br>1) wywiad z pacjentem potwierdzający spełnienie kryteriów kwalifikacji do programu lekowego;<br>2) badanie fizykalne – neurologiczne;<br>3) dzienniczek pacjenta z udokumentowanymi napadami bólu głowy i bólu migrenowego prowadzony przez okres minimum 3 ostatnich miesięcy;<br>4) prawidłowo prowadzona historia choroby uwzględniająca wymagane w kryteriach włączenia próby leczenia w przeszłości;<br>5) kwestionariusz jakości życia – skala MIDAS.<br><br>2. Badania podczas monitorowania leczenia<br>1) kontrolne wizyty u lekarza z oceną efektów leczenia co 12 tygodni (± 15 dni) od momentu włączenia do programu lekowego;<br>2) analiza skuteczności leczenia na podstawie prowadzonego dzienniczka pacjenta;<br>3) analiza jakości życia na podstawie kwestionariusza wg skali MIDAS.</td>
</tr>
</table>

| | | |
|---|---|---|
| a) topiramat – stosowany przez okres nie krótszy niż 3 miesiące w dawce 100 mg – 200 mg na dobę (dawkowanie zgodnie z aktualnym CHPL),<br>b) kwas walproinowy lub jego pochodne – stosowany przez okres nie krótszy niż 3 miesiące w dawce 500-1500 mg na dobę,<br>c) amitryptylina stosowana przez okres nie krótszy niż 3 miesiące w dawce 50-150 mg na dobę<br>lub<br>przeciwwskazanie do stosowania<br>lub<br>brak tolerancji wyżej wymienionych leków zgodnie z odpowiednimi aktualnymi na dzień włączenia do programu Charakterystykami Produktów Leczniczych;<br>Nieskuteczność definiowana jest jako zmniejszenie liczby dni z bólem głowy w miesiącu o mniej niż 50% względem wartości sprzed rozpoczęcia leczenia.<br>4) wykluczenie przeciwwskazań do stosowania toksyny botulinowej typu A określonych w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego;<br>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);<br>6) pisemna zgoda pacjenta na monitorowanie efektów leczenia przez 12 miesięcy po ostatnim podaniu toksyny botulinowej typu A.<br>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:<br>1) liczba dni z bólem głowy,<br>2) typ bólu głowy,<br>3) natężenie bólu,<br>4) czas trwania,<br>5) objawy towarzyszące,<br>6) nazwa, liczba i dawki przyjmowanych doraźnie leków przeciwbólowych/przeciwmigrenowych,<br>7) informacja o efekcie przyjmowanych leków przeciwbólowych/przeciwmigrenowych (np. ustąpienie bólu w ciągu 2 godzin, zmniejszenie bólu, zmniejszenie dokuczliwości objawów towarzyszących).<br><br>**2. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) 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<br>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<br><br>**1.2. Kryteria kwalifikacji do leczenia lekami anty-CGRP (erenumabem albo fremanezumabem)**<br>1) pacjenci, którzy ukończyli 18 r. życia;<br>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);<br>3) minimum 2 udokumentowane próby leczenia profilaktycznego migreny przewlekłej lekami o różnym działaniu, wybranymi spośród:<br>a) topiramat – stosowany przez okres nie krótszy niż 3 miesiące w dawce 100 mg – 200 mg na dobę (dawkowanie zgodnie z aktualnym CHPL),<br>b) kwas walproinowy lub jego pochodne – stosowany przez okres nie krótszy niż 3 miesiące w dawce 500-1500 mg na dobę,<br>c) amitryptylina stosowana przez okres nie krótszy niż 3 miesiące w dawce 50-150 mg na dobę<br>lub | | |

| | | |
|---|---|---|
| przeciwwskazanie do stosowania<br>lub<br>brak tolerancji wyżej wymienionych leków zgodnie z odpowiednimi aktualnymi na dzień włączenia do programu Charakterystykami Produktów Leczniczych;<br>Nieskuteczność definiowana jest jako zmniejszenie liczby dni z bólem głowy w miesiącu o mniej niż 50% względem wartości sprzed rozpoczęcia leczenia.<br>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%)<br>albo<br>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)<br>albo<br>nietolerancja toksyny botulinowej typu A zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego<br>albo<br>przeciwskazania do stosowania toksyny botulinowej A zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego;<br>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;<br>7) pisemna zgoda pacjenta na monitorowanie efektów leczenia przez 12 miesięcy po ostatnim podaniu leku anty-CGRP.<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>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.<br>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.<br><br>**2. Kryteria ponownej kwalifikacji do programu**<br>Pacjent do programu lekowego może być ponownie zakwalifikowany tylko jeden raz.<br>**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.<br>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.<br>**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.<br>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.<br>U chorych u których nie dochodzi do w/w sytuacji w czasie roku obserwacji – udział w programie lekowym ulega zakończeniu.<br>**3. Czas trwania leczenia w programie obejmuje:**<br>**3.1.** W I linii leczenia 5 podań toksyny botulinowej lub mniej w przypadku spełnienia któregokolwiek z kryterium wyłączenia dotyczących toksyny botulinowej.<br>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.<br>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)<br>W przypadku nawrotu migreny przewlekłej do 12 miesięcy lekarz prowadzący może zdecydować o ponownej kwalifikacji pacjenta do leczenia toksyną botulinową typu A.<br>**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<br>- 50% liczby dni z bólem głowy w miesiącu, w stosunku do wartości początkowej.<br><br>Brak odpowiedzi na leczenie powoduje wyłączenie pacjenta z programu.<br>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.<br>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.<br>W przypadku nawrotu migreny przewlekłej do 12 miesięcy lekarz prowadzący może zdecydować o ponownej kwalifikacji pacjenta do leczenia lekiem anty-CGRP.<br><br>**4. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) brak prawidłowego prowadzenia dzienniczka bólów głowy;<br>2) brak odpowiedzi na leczenie oceniane podczas wizyt kontrolnych;<br>Odpowiedź na leczenie jest definiowana jako redukcja o co najmniej<br>- 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;<br>4) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancje pomocnicze uniemożliwiające kontynuacje leczenia;<br>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**<br>1) wiek 18 lat i powyżej;<br>2) stan sprawności wg ECOG 0-2;<br>3) rozpoznanie:<br>a) uogólniony proces nowotworowy (IV stopień zaawansowania) – potwierdzony histologicznie lub cytologicznie nowotwór lity<br>lub<br>b) szpiczak plazmocytowy;<br>4) potwierdzona w badaniu obrazowym obecność:<br>a) w przypadku nowotworów litych – co najmniej jednej zmiany przerzutowej do kości;<br>lub<br>b) w przypadku szpiczaka plazmocytowego – co najmniej jednej zmiany osteolitycznej lub zmiany naciekającej kości;<br>5) a) w przypadku pacjentów z przerzutami do kości z nowotworów litych: nietolerancja lub przeciwskazania do stosowania bisfosfonianów<br>lub | **1. Dawkowanie denosumabu**<br>Denosumab należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego.<br>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**<br>**1.1. Guzy lite**<br>1) histologiczne lub cytologiczne potwierdzenie rozpoznania nowotworu złośliwego;<br>2) potwierdzenie obecności co najmniej jednej zmiany przerzutowej do kości w badaniu obrazowym (możliwe wykorzystanie badania wykonanego wcześniej);<br>3) aktywność AlAT;<br>4) aktywność AspAT;<br>5) stężenie bilirubiny;<br>6) stężenie wapnia;<br>7) stężenie kreatyniny;<br>8) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym.<br>**1.2. Szpiczak plazmocytowy**<br>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.<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br>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.<br><br>**2. Kryteria uniemożliwiające udział w programie**<br>1) ciężka, nieleczona hipokalcemia, zgodnie z punktem 4.4 Charakterystyce Produktu Leczniczego;<br>2) niezagojone rany po zabiegach stomatologicznych lub chirurgicznych w jamie ustnej;<br>3) martwica kości szczęki lub zapalenie kości szczęki w wywiadzie<br>4) równoczesne leczenie bisfosfonianami;<br>5) równoczesne leczenie innymi produktami leczniczymi zawierającymi denosumab (z powodu osteoporozy).<br><br>**3. Określenie czasu leczenia**<br>1) Do czasu podjęcia decyzji o zakończeniu leczenia zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br>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:<br>– 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);<br>3) aktywność AlAT;<br>4) aktywność AspAT;<br>5) stężenie bilirubiny;<br>6) stężenie wapnia;<br>7) stężenie kreatyniny;<br>8) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia denosumabem**<br>1) oznaczenie stężenia:<br>a) wapnia w surowicy<br>– w ciągu 2 tygodni po podaniu pierwszej dawki oraz następnie w sytuacji, kiedy wystąpią objawy hipokalcemii.<br>Dodatkową kontrolę stężenia wapnia należy rozważyć także podczas leczenia chorych z czynnikami ryzyka rozwoju hipokalcemii lub jeżeli wymaga tego stan chorego.<br>2) inne badanie w razie wskazań klinicznych.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ);<br>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<br>– kontynuować stosowanie denosumabu co 6 miesięcy,<br>biorąc pod uwagę choroby współistniejące w tym osteoporozę lub konieczność kontynuacji sterydoterapii.<br>W przypadku nawrotu choroby możliwe jest ponowne rozpoczęcie podawania denosumabu, jeśli chory spełnia kryteria włączenia do programu.<br><br>**4. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) objawy nadwrażliwości na denosumabu lub na którąkolwiek substancję pomocniczą preparatu;<br>2) ciąża, planowanie ciąży, karmienie piersią;<br>3) wystąpienie martwicy kości szczęki;<br>4) wystąpienie atypowego złamania kości udowej;<br>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;<br>6) terminalne stadium choroby zdefiniowane jako przewidywana długość życia nieprzekraczająca 3 miesięcy;<br>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:<br>– przebiegającą z włóknieniem o fenotypie postępującym (PF-ILD),<br>– związanej z twardziną układową.<br>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.<br>Ponadto, gdy jest to zaznaczone w opisie programu, udział pacjenta może wymagać uzyskania indywidualnej zgody jednego z Zespołów, o którym mowa powyżej.<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br>Dla poszczególnych terapii muszą być spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.).<br>**1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji:**<br>1) wiek 18 lat i powyżej, | **1. Dawkowanie**<br>**Maksymalna dawka dobowa:** 300 mg,<br>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.<br>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.<br>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**<br>1) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB) (do decyzji lekarza),<br>2) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP),<br>3) morfologia krwi z rozmazem,<br>4) oznaczenie stężenia kreatyniny/GFR w surowicy,<br>5) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy,<br>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AspAT),<br>7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (AlAT),<br>8) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy,<br>9) oznaczenie czasu kaolinowo-kefalinowego (APTT),<br>10) oznaczenie czasu protrombinowego (PT) – dotyczy kwalifikacji do leczenia SSc-ILD,<br>11) oznaczenie stężenia NT-proBNP (do decyzji lekarza) – dotyczy kwalifikacji do leczenia SSc-ILD,<br>12) oznaczenie wskaźnika INR,<br>13) oznaczenie stężenia czynnika reumatoidalnego RF – dotyczy kwalifikacji do leczenia PF-ILD,<br>14) oznaczenie miana p/ciał aCCP, |

| | | |
|---|---|---|
| 2) rozpoznanie choroby śródmiąższowej płuc na podstawie badania tomografii komputerowej wysokiej rozdzielczości (TKWR),<br>3) FVC ≥ 40% wartości należnej,<br>4) pojemność dyfuzyjna płuc TLco powyżej 30% wartości należnej,<br>5) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii,<br>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),<br>7) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL,<br>8) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią,<br>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.<br><br>**1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji:**<br>1.2.1. Terapia pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc związanej z twardziną układową:<br>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.<br>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.<br>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,<br>16) oznaczenie miana p/ciał przeciwjądrowych (ANA) met. IF,<br>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,<br>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),<br>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),<br>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),<br>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),<br>22) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym),<br>23) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza),<br>24) badanie kapilaroskopowe – dotyczy kwalifikacji do leczenia SSc-ILD,<br>25) elektrokardiografia (EKG),<br>26) ECHO serca,<br>27) spirometria (maksymalnie do 3 m-cy przed kwalifikacją), |

| | | |
|---|---|---|
| 2) do terapii nintedanibem kwalifikują się pacjenci spełniający jedno z poniższych kryteriów a-c:<br>a) zmiany włókniste w badaniu TKWR zajmują co najmniej 10% objętości płuc oraz udokumentowano:<br>– spadek wartości FVC o co najmniej 10%,<br>lub<br>– spadek wartości FVC o co najmniej 5% i spadek wartości TLCO o co najmniej 15%,<br>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,<br>lub<br>b) zmiany włókniste w badaniu TKWR zajmują co najmniej 10% objętości płuc oraz wartość FVC stanowi < 70% wartości należnej,<br>lub<br>c) zmiany włókniste w badaniu TKWR zajmują co najmniej 20% objętości płuc.<br>1.2.2. Terapia pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc przebiegającą z włóknieniem o fenotypie postępującym (PF-ILD):<br>1) do terapii nintedanibem kwalifikują się pacjenci z rozpoznaniem:<br>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),<br>29) pletyzmografia (maksymalnie do 3 m-cy przed kwalifikacją),<br>30) TK wysokiej rozdzielczości klatki piersiowej (TKWR) (maksymalnie do 12 m-cy przed kwalifikacją),<br>31) gazometria krwi lub pulsoksymetria,<br>32) konsultacja pulmonologiczna lub reumatologiczna (do decyzji lekarza).<br><br>**2. Monitorowanie terapii**<br>1) badania laboratoryjne<br>a) morfologia krwi z rozmazem,<br>b) oznaczenie stężenia kreatyniny/GFR w surowicy,<br>c) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AspAT),<br>d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (AlAT),<br>e) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy,<br>f) oznaczenie czasu protrombinowego (PT),<br>g) oznaczenie czasu kaolinowo-kefalinowego (APTT).<br>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.<br>Jeżeli terapia jest kontynuowana, powyższe należy powtarzać po każdych kolejnych 6 miesiącach (±3 miesiące).<br><br>2) badania czynnościowe układu oddechowego:<br>a) spirometrię, |

| | | |
|---|---|---|
| Koordynacyjny do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych,<br>lub<br>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,<br>2) Do terapii nintedanibem kwalifikują się pacjenci spełniający jedno z poniższych kryteriów a-c:<br>a) zmiany o typie włóknienia w badaniu TKWR zajmują co najmniej 10% objętości płuc oraz udokumentowano w okresie ostatnich 24 m-cy:<br>– spadek wartości FVC o co najmniej 10%, lub<br>– spadek wartości FVC o co najmniej 5% oraz spadek wartości TLCO o co najmniej 15%, lub<br>– spadek wartości FVC o co najmniej 5% oraz progresję włóknienia płuc w badaniu TKWR, lub<br>– spadek wartości FVC o co najmniej 5% oraz nasilenie objawów klinicznych, lub<br>– progresję włóknienia płuc w badaniu TKWR oraz nasilenie objawów klinicznych,<br><br>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),<br>c) pletyzmografię,<br>d) gazometrię krwi lub pulsoksymetrię.<br>Wymienione badania powinny być wykonywane po każdych 12 miesiącach (±3 miesiące) od pierwszego podania leku.<br><br>3) badanie obrazowe płuc:<br>a) TKWR klatki piersiowej.<br>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;<br><br>4) badania układu krążenia:<br>a) elektrokardiografia (EKG) po każdych 6 miesiącach (±3 miesiące),<br>b) ECHO serca po każdych 12 miesiącach (±3 miesiące).<br><br>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<br>lub<br>b) zmiany o typie włóknienia w badaniu TKWR zajmują co najmniej 10% objętości płuc oraz wartość FVC stanowi < 70% wartości należnej,<br>lub<br>c) zmiany o typie włóknienia w badaniu TKWR zajmują co najmniej 20% objętości płuc.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu.<br>W przypadku istotnej czasowej przerwy w leczeniu, schemat monitorowania ulega modyfikacji z uwzględnieniem okresu przerwy w podawaniu leku.<br>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.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>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**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) przekazywanie za pomocą odpowiedniej aplikacji internetowej danych dotyczących oceny skuteczności leczenia na podstawie uzyskanych wyników badań opisanych w pkt 2;<br>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,<br>2) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL,<br>3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą,<br>4) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwia ją dalsze prowadzenie leczenia,<br>5) okres ciąży lub karmienia piersią,<br>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<br>**4. Kryteria ponownego włączenia do programu**<br>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,<br>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:**<br>**A. bedakiliną w skojarzeniu z lekami przeciwprątkowymi (gruźlica płuc MDR-TB);**<br>**B. pretomanidem w skojarzeniu z bedakiliną i linezolidem (gruźlica płuc MDR-TB albo XDR-TB).**<br>W programie lekowym istnieje możliwość kwalifikacji pacjenta do terapii 1 albo 2. Nie można traktować powyższych terapii jako linie leczenia.<br><br>**1. Leczenie wielolekoopornej gruźlicy płuc (MDR-TB) bedakiliną w skojarzeniu z lekami przeciwprątkowymi.**<br>**1.1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) wiek ≥ 14 lat;<br>2) wielolekooporna gruźlica płuc (MDR-TB) udokumentowana dodatnim wynikiem posiewu lub badaniem molekularnym w ciągu 3 miesięcy przed lub w trakcie kwalifikacji;<br>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**<br>Dawkowanie i modyfikacja dawkowania zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL) poszczególnych leków. | **1. Wykaz badań przy kwalifikacji**<br>1) zdjęcie RTG klatki piersiowej;<br>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);<br>3) badanie EKG;<br>4) pomiar BMI;<br>5) test ciążowy;<br>6) test na obecność na wirusa HIV;<br>7) badanie plwociny przy pomocy systemu BACTEC MGIT lub wykonanie testu molekularnego w przypadku gruźlicy:<br>a) XDR-TB – potwierdzające oporność bakterii na izoniazyd, ryfamycynę, fluorochinolon<br>lub<br>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<br>lub |

| | | |
|---|---|---|
| 4) niewystępowanie stanów klinicznych, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają włączenie terapii;<br>5) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu leczniczego (dalej ChPL);<br>6) brak przeciwskazań do stosowania każdego z leków zgodnie z ChPL;<br>7) stan sprawności powyżej 50 według skali Karnofsky'ego w ciągu 30 dni przed rozpoczęciem terapii;<br>8) brak uzależnienia od alkoholu i narkotyków ocenionego indywidualnie przez lekarza kwalifikującego;<br>9) brak zakażenia wirusem HIV z liczbą limfocytów CD4+ $\leq$ 50 komórek/µl;<br>10) brak wcześniejszego leczenia bedakiliną lub badakiliną w skojarzeniu z pretomanidem;<br>11) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią;<br>12) wyrażenie zgody przez pacjenta na monitorowanie jego stanu zdrowia w 6 i 24 miesiącu po zakończeniu leczenia w programie lekowym.<br>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>**1.2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>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.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>**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:**<br>1) badania czynności wątroby (AlAT, AspAT, fosfataza zasadowa i bilirubina) – w trakcie leczenia oraz zgodnie z potrzebami.<br>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.<br>**2.2. Badania wykonywane na początku leczenia, po dwóch tygodniach, a następnie raz na miesiąc:**<br>1) morfologia krwi.<br>**2.3. Badania wykonywane raz na miesiąc:**<br>1) badanie EKG.<br>**2.4. Badania wykonywane po 6 i 24 miesiącach po zakończeniu leczenia:**<br>1) badanie plwociny w kierunku M. tuberculosis przy pomocy systemu BACTEC MGIT lub metod molekularnych.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>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.**<br>**2.1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) wiek ≥ 14 lat;<br>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;<br>3) w przypadku MDR-TB:<br>a) udokumentowany brak odpowiedzi na leczenie najlepszym dostępnym schematem przez 6 miesięcy lub dłużej przed przystąpieniem do terapii<br>lub<br>b) udokumentowana nietolerancja leczenia drugiego rzutu z użyciem:<br>– PAS, etionamidu, aminoglikozydów lub fluorochinolonów,<br>– leczenia niewymienionego powyżej, które w opinii lekarza kwalifikuje pacjenta do terapii;<br>4) w przypadku XDR-TB:<br>a) udokumentowana oporność na izoniazyd, ryfamycynę, fluorochinolon i antybiotyki podawane w formie iniekcji (amikacyna, kanamycyna, kapreomycyna) w dowolnym czasie lub podczas kwalifikacji;<br>5) niewystępowanie stanów klinicznych, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają włączenie terapii;<br>6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami ChPL, | | przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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:<br>a) status konwersji posiewu mikrobiologicznego plwociny,<br>b) kontrola nawrotu bakteriologicznego lub niepowodzenia bakteriologicznego (ponowna infekcja);<br>3) 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;<br>8) stan sprawności powyżej 50 według skali Karnofsky'ego w ciągu 30 dnia przed rozpoczęciem terapii;<br>9) brak nadużywania alkohol i narkotyków ocenionego indywidualnie przez lekarza kwalifikującego;<br>10) BMI > 17 $kg/m^{2;}$<br>11) brak zakażenia wirusem HIV z liczbą limfocytów CD4+ ≤ 50 komórek/µl;<br>12) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią;<br>13) brak wcześniejszego leczenia bedakiliną lub bedakiliną w skojarzeniu pretomanidem;<br>14) wyrażenie zgody przez pacjenta na monitorowanie jego stanu zdrowia w 6 i 24 miesiącu po zakończeniu leczenia w programie lekowym.<br>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>**2.2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>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.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>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;<br>3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają prowadzenie leczenia;<br>4) utrzymujący się stan sprawności 50 lub niższy według skali Karnofsky'ego;<br>5) ciąża lub karmienie piersią;<br>6) BMI < 17 $kg/m^2$ (tylko w przypadku terapii leczenia pretomanidem w skojarzeniu z bedakiliną oraz linezolidem);<br>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.**<br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) wiek ≥ 18 lat;<br>2) schyłkowa niewydolność nerek (stadium V CKD);<br>3) małe prawdopodobieństwo przeszczepienia w ramach dostępnego systemu alokacji nerek, w tym programów priorytetyzacji dla wysoko immunizowanych pacjentów:<br>a) cPRA>=90% i obecność na krajowej liście oczekujących >1 roku;<br>b) cPRA>=85% i <90% i obecność na krajowej liście oczekujących >1 roku i:<br>i. brak zadowalających efektów po przejściu dwóch protokołów odczulania lub<br>ii. ocena Zespołu Koordynującego ds. Leczenia wysoko immunizowanych potencjalnych biorców nerki wskazująca na potencjalną niską skuteczność protokołu odczulania u danego pacjenta; | **1. Dawkowanie**<br>Dawkowanie zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego (CHPL).<br><br>**2. Terapia immunosupresyjna**<br>Zgodnie z zapisami CHPL podawanie imlifidazy nie eliminuje potrzeby stosowania leczenia immunosupresyjnego zgodnie ze standardem postępowania. | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) potwierdzenie obecności przeciwciał DSA;<br>2) próba krzyżowa.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>**2.1.** Po zakończeniu leczenia (monitorowanie kontynuowane przez okres 12 miesięcy po podaniu imlifidazy):<br>1) w ciągu 24 godzin po zakończeniu leczenia imlifidazą, ale przed przeszczepieniem należy potwierdzić konwersję wyniku próby krzyżowej z dodatniego na ujemny;<br>2) kliniczne testy laboratoryjne określające parametry życiowe, EKG (częstość oznaczeń zgodnie z aktualną praktyką kliniczną);<br>3) badania eGFR, stężenie kreatyniny i białkomocz (częstość oznaczeń zgodnie z aktualną praktyką kliniczną);<br>4) oznaczanie poziomu IgG (w przypadku immunosupresji z zastosowaniem IVIg);<br>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.<br><br>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;<br>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;<br>6) brak chorób współistniejących mogących stanowić przeciwwskazanie do odczulania i przeszczepienia nerki;<br>7) wyrażenie świadomej zgody przez pacjenta na udział w programie lekowym.<br>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>**2. Kryteria stanowiące przeciwskazania do włączenia do programu**<br>1) wcześniejsze leczenie imlifidazą;<br>2) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>3) trwające poważne zakażenie;<br>4) zakrzepowa plamica małopłytkowa (TTP);<br>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).<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów NFZ;<br>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:<br>a) potwierdzenie konwersji wyniku próby krzyżowej (na podstawie standardowych protokołów potwierdzania konwersji wyniku próby krzyżowej z dodatniego na ujemny stosowanych w ośrodku),<br>b) czynność nerek po leczeniu imlifidazą oceniana za pomocą eGFR, kreatyniny i białkomoczu,<br>c) przyjęcie przeszczepu lub jego utrata,<br>d) wystąpienie procesu ostrego odrzucania potwierdzonego biopsją (ogółem i zależnego od przeciwciał),<br>e) przeżycie pacjentów w okresie 6 i 12 miesięcy od wykonania przeszczepu,<br>f) przeżycie przeszczepionej nerki w okresie 6 i 12 miesięcy od wykonania przeszczepu;<br>3) 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.<br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br>Do leczenia satralizumabem kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie poniższe kryteria:<br>1) wiek powyżej 12 roku życia;<br>2) rozpoznanie chorób ze spektrum zapalenia nerwów wzrokowych oraz rdzenia kręgowego (NMOSD) - oparte na aktualnych kryteriach diagnostycznych;<br>3) potwierdzenie obecności przeciwciał anty-AQP4;<br>4) EDSS od 0 do 6,5 włącznie;<br>5) brak przeciwwskazań do stosowania satralizumabu określonych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego (ChPL);<br>6) brak wcześniejszego leczenia inną terapią z zastosowaniem leków z grupy inhibitorów interleukiny 6;<br>7) w przypadku pacjentek w wieku rozrodczym zaleca się | **1. Dawkowanie**<br>**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).<br>Szczegółowe informacje dotyczące dawkowania oraz jego modyfikacji znajdują się w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego. | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) badania laboratoryjne:<br>a) morfologia krwi z rozmazem,<br>b) badanie ogólne moczu,<br>c) CRP,<br>d) AST, ALT,<br>e) lipidogram;<br>2) dostępny (w wywiadzie lub wykonany przy kwalifikacji) wynik badania MRI potwierdzający rozpoznanie NMOSD;<br>3) dostępny (w wywiadzie lub wykonany przy kwalifikacji) wynik badania potwierdzającego obecność przeciwciał anty-AQP4;<br>4) ocena stanu neurologicznego z określeniem EDSS;<br>5) test ciążowy u pacjentek w wieku rozrodczym;<br>6) wykluczenie gruźlicy (RTG klatki piersiowej lub quantiferon);<br>7) wykluczenie aktywnego zakażenia HBV (obecności antygenu HBs), HCV (brak przeciwciał anty-HCV, a w |

| | | |
|---|---|---|
| stosowanie antykoncepcji.<br>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.<br>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.<br>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.<br><br>**2. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu**<br>1) nadwrażliwość na satralizumab lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>2) trwające aktualnie czynne zakażenie do momentu ustąpienia;<br>3) aktywny nowotwór złośliwy;<br>4) wcześniejsze leczenie przeciwciałem anty-CD20, ekulizumabem, przeciwciałem monoklonalnym anty-BLyS, lekiem zapobiegającym nawrotom stwardnienia rozsianego w ciągu 6 miesięcy przed kwalifikacją do programu;<br>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);<br>8) obecność antygenu wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo).<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>1) ocena stanu neurologicznego z określeniem EDSS co 6 miesięcy oraz w czasie każdego rzutu;<br>2) badanie MRI - jeśli zasadne klinicznie (decyzję podejmuje specjalista neurolog);<br>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;<br>4) lipidogram po pierwszych 6 miesiącach, a następnie wg wskazań klinicznych;<br>5) przekazanie pacjentowi informacji o Karcie Ostrzegawczej oraz wskazanie, że w przypadku wystąpienia cech infekcji – niezbędny jest kontakt z lekarzem.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) ocena skuteczności:<br>a) wskaźniki efektywności:<br>– czas do wystąpienia rzutu,<br>– częstość rzutów,<br>– jakość życia na podstawie odpowiednich dla schorzenia skali (ED-5Q lub SF-36)<br>– czas do zgonu,<br>Definicja rzutu – wystąpienie jednego z poniższych: |

| | | |
|---|---|---|
| 6) inne stany kliniczne, które w opinii lekarza, mogą stanowić przeciwwskazania do terapii;<br>7) inne przeciwwskazania wymienione w aktualnej ChPL.<br><br>**3. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Ocenę skuteczności leczenia przeprowadza Zespół Koordynacyjny po każdych pełnych 12 miesiącach terapii.<br>U chorych odpowiadających na leczenie po ocenie skuteczności, terapię można przedłużyć o kolejne 12 miesięcy.<br>W przypadku wystąpienia 1 rzutu po minimum 6 miesiącach leczenia można dokonać zmiany / modyfikacji leczenia.<br>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.<br>Ciężki rzut definiowany jest jako rzut powodujący wzrost EDSS o minimum 2 pkt.<br><br>**4. Kryteria wyłączenia**<br>Kryterium wyłączenia z leczenia jest spełnienie co najmniej jednego z niżej wymienionych kryteriów:<br>1) brak skuteczności leczenia zgodnie z definicja w pkt. 3;<br>2) EDSS 8,5 lub więcej;<br>3) wystąpienie przeciwwskazań do stosowania satralizumabu wg aktualnej ChPL;<br>4) aktywny nowotwór złośliwy;<br>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),<br>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),<br>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,<br>iv. wzrost o ≥1,0 pkt. w wyniku punktacji układu funkcjonalnego specyficznego dla objawów pojedynczego oka z wynikiem początkowym wynoszącym co najmniej 1,0.<br>Ciężki rzut definiowany jest jako rzut powodujący wzrost EDSS o minimum 2 pkt.<br>Objawy muszą utrzymywać się przez >24 godziny i nie można ich przypisać wystąpieniu innych czynników klinicznych (np. gorączka, infekcja, uraz, zmiana nastroju, ADR).<br>b) oczekiwane korzyści zdrowotne:<br>– 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:<br>a) monitorowanie zakażenia dróg moczowych i górnych dróg oddechowych;<br>3) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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:<br>a) data rozpoczęcia leczenia,<br>b) daty wystąpienia kolejnych rzutów choroby,<br>c) ocena w skali EDSS w momencie rozpoczęcia leczenia i co 6 miesięcy oraz w czasie każdego rzutu<br>d) jakość życia – na podstawie odpowiednich dla schorzenia skali (ED-5Q lub SF-36),<br>e) data zgonu,<br>f) data zakończenia leczenia;<br>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**<br>1) histologiczne rozpoznanie dobrze zróżnicowanego guza neuroendokrynnego trzustki (stopień G1 lub G2, indeks proliferacyjny Ki-67≤20%);<br>2) guz nieresekcyjny lub z przerzutami;<br>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);<br>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);<br>5) stan sprawności 0-2 według klasyfikacji ECOG (Eastern | **1. Dawkowanie 177Lu-DOTATATE**<br>Zalecany schemat leczenia obejmuje do 4 infuzji po 7 400 MBq każda.<br>Zalecany odstęp pomiędzy każdym podaniem wynosi 8 tygodni i można go wydłużyć aż do 16 tygodni w przypadku występowania objawów toksyczności modyfikującej dawkę.<br>177Lu-DOTATATE należy podawać w powolnej infuzji trwającej około 30 minut (zalecana metoda grawitacyjna), jednocześnie z roztworem aminokwasów podawanym w osobnej infuzji dożylnej.<br>W przypadku wystąpienia działań niepożądanych dawkowanie leku należy dostosować do wytycznych zawartych w Charakterystyce Produktu Leczniczego. | **1. Badania przy kwalifikacji do leczenia 177Lu-DOTATATE**<br>1) badanie histopatologiczne oraz ocena stopnia złośliwości;<br>2) morfologia krwi z rozmazem;<br>3) oznaczenie stężenia:<br>a) bilirubiny,<br>b) aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),<br>c) aminotransferazy asparaginianowej (AST);<br>4) oznaczenie stężenia albumin w surowicy;<br>5) INR (international normalized ratio);<br>6) oznaczenie stężenia kreatyniny lub klirensu kreatyniny;<br>7) TK lub MR w zależności od umiejscowienia przerzutów oraz możliwości przeprowadzenia oceny wymiarów leczonych zmian w celu określenia odpowiedzi;<br>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;<br>9) PET/CT z [$^{18}$F]F-FDG w uzasadnionych przypadkach, w |

| | | |
|---|---|---|
| Cooperative Oncology Group) lub WHO;<br>6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego (dalej ChPL);<br>7) wykluczenie wcześniejszego stosowania radioterapii obejmującej zewnętrzne napromienianie wiązką obejmującą ponad 25% szpiku kostnego;<br>8) wiek ≥ 18 roku życia.<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>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.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Cykl leczenia 177Lu-DOTATATE obejmuje nie więcej niż 4 infuzje.<br>Terapia może zostać przerwana w przypadku wystąpienia poniższych kryteriów:<br>1) trwałe (nie ustępujące po 16 tygodniach od podania ostatniej infuzji) lub nawracające działania niepożądane:<br>a) trombocytopenia 2. lub wyższego stopnia (CTCAE, Common Terminology Criteria for Adverse Events),<br>b) jakiekolwiek objawy toksyczności hematologicznej 3. lub wyższego stopnia (CTCAE), oprócz limfopenii,<br>c) działanie toksyczne na nerki określone jako klirens kreatyniny < 30 ml/min lub spadek o 40%,<br>d) toksyczne działanie na wątrobę określone jako: | | zależności od wskazań klinicznych;<br>10) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>1) badania wykonywane przed każdą infuzją:<br>a) ocena parametrów biochemicznych czynności wątroby: aktywność aminotransferazy alaninowej (ALT), aminotransferazy asparaginianowej (AST), stężenie albumin i bilirubiny,<br>b) ocena czynności nerek: stężenie kreatyniny i klirens kreatyniny,<br>c) morfologia krwi z rozmazem,<br>d) INR.<br>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.<br>2) scyntygrafia poterapeutyczna.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia;<br>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%,<br>e) jakiekolwiek inne toksyczne działanie CTCAE 3. stopnia lub 4. stopnia o prawdopodobnym związku z 177Lu-DOTATATE.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia**<br>1) udokumentowana nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>2) ciężka niewydolność krążenia (stopień III - IV w skali NYHA);<br>3) ciąża i karmienie piersią;<br>4) stosowanie interferonu, ewerolimusu lub innych przeciwnowotworowych terapii systemowych w ostatnich 4 tygodniach przed włączeniem do programu;<br>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**<br>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**<br>Zalecany schemat leczenia obejmuje do 4 infuzji po 7 400 MBq każda.<br>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**<br>1) badanie histopatologiczne oraz ocena stopnia złośliwości;<br>2) morfologia krwi z rozmazem;<br>3) oznaczenie stężenia:<br>a) bilirubiny,<br>b) aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),<br>c) aminotransferazy asparaginianowej (AST); |

| | | |
|---|---|---|
| proliferacyjny Ki-67≤20%);<br>2) guz nieresekcyjny lub z przerzutami;<br>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);<br>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;<br>5) stan sprawności 0-2 według klasyfikacji ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) lub WHO;<br>6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego (dalej ChPL);<br>7) wykluczenie wcześniejszego stosowania radioterapii obejmującej zewnętrzne napromienianie wiązką obejmującą ponad 25% szpiku kostnego;<br>8) wiek ≥ 18 roku życia.<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>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.<br><br>W przypadku wystąpienia działań niepożądanych dawkowanie leku należy dostosować do wytycznych zawartych w Charakterystyce Produktu Leczniczego. | 4) oznaczenie stężenia albumin w surowicy;<br>5) INR (international normalized ratio);<br>6) oznaczenie stężenia kreatyniny lub klirensu kreatyniny;<br>7) TK lub MR w zależności od umiejscowienia przerzutów oraz możliwości przeprowadzenia oceny wymiarów leczonych zmian w celu określenia odpowiedzi;<br>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;<br>9) PET/CT z [$^{18}$F]F-FDG w uzasadnionych przypadkach, w zależności od wskazań klinicznych;<br>10) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>1) badania wykonywane przed każdą infuzją:<br>a) ocena parametrów biochemicznych czynności wątroby: aktywność aminotransferazy alaninowej (ALT), aminotransferazy asparaginianowej (AST), stężenie albumin i bilirubiny,<br>b) ocena czynności nerek: stężenie kreatyniny i klirens kreatyniny,<br>c) morfologia krwi z rozmazem,<br>d) INR.<br>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.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Cykl leczenia 177Lu-DOTATATE obejmuje nie więcej niż 4 infuzje.<br>Terapia może zostać przerwana w przypadku wystąpienia poniższych kryteriów:<br>Kryteria przerwania terapii:<br>1) trwałe (nie ustępujące po 16 tygodniach od podania ostatniej infuzji) lub nawracające działania niepożądane;<br>a) trombocytopenia 2. lub wyższego stopnia (CTCAE, Common Terminology Criteria for Adverse Events,<br>b) jakiekolwiek objawy toksyczności hematologicznej 3. lub wyższego stopnia (CTCAE), oprócz limfopenii,<br>c) działanie toksyczne na nerki określone jako klirens kreatyniny < 30 ml/min lub spadek o 40%,<br>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%,<br>e) jakiekolwiek inne toksyczne działanie CTCAE 3. stopnia lub 4. stopnia o prawdopodobnym związku z 177Lu-DOTATATE.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia**<br>1) udokumentowana nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>2) ciężka niewydolność krążenia (stopień III - IV w skali | | 2) scyntygrafia poterapeutyczna.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) 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);<br>3) ciąża i karmienie piersią;<br>4) stosowanie interferonu, ewerolimusu lub innych przeciwnowotworowych terapii systemowych w ostatnich 4 tygodniach przed włączeniem do programu;<br>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.<br>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia co 6 miesięcy odbywa się, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) zaburzenie cyklu mocznikowego potwierdzone badaniem enzymatycznym, biochemicznym lub genetycznym, obejmujące niedobór:<br>a) syntetazy karbamoilofosforanowej I,<br>lub<br>b) karbamoilotransferazy ornitynowej,<br>lub<br>c) syntetazy argininobursztynianowej,<br>lub<br>d) liazy argininobursztynianowej,<br>lub<br>e) arginazy I,<br>lub | **1. Dawkowanie**<br>Fenylomaślan glicerolu należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego. | **1. Badania przy kwalifikacji do leczenia**<br>1) stężenie amoniaku we krwi;<br>2) profil aminokwasów w osoczu;<br>3) wydalanie kwasu orotowego w moczu (metodą ilościową);<br>4) przy podejrzeniu zespołu HHH - profil aminokwasów w moczu;<br>5) przy podejrzeniu deficytu liazy argininobursztynianu – poziom argininobursztynianu we krwi lub moczu;<br>6) analiza DNA w kierunku wariantu odpowiedzialnego za hiperamonemię;<br>7) konsultacja psychologa (ocena rozwoju psychoruchowego / intelektualnego);<br>8) konsultacja neurologa;<br>9) konsultacja dietetyka (z oceną skuteczności stosowanej dotychczas diety oraz zawartości białka całkowitego i naturalnego w diecie);<br>10) szczegółowy wywiad dotyczący przebiegu klinicznego choroby, zwłaszcza liczby i ciężkości epizodów hiperamonemii. |

| | | |
|---|---|---|
| f) translokazy ornitynowej (tzw. zespół HHH tj. hiperamonemia-hiperornitynemia-homocytrulinuria);<br>2) brak skutecznego leczenia zaburzeń cyklu mocznikowego tylko poprzez ograniczenie spożycia białka lub suplementację aminokwasów.<br><br>**2. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do udziału w programie**<br>1) nadwrażliwość na substancję czynną;<br>2) leczenie ostrej hiperamonemii.<br><br>**3. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Przedłużenie leczenia następuje co 6 miesięcy decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii.<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>**4. Kryteria wyłączenia z dalszego udziału w programie**<br>Spełnienie któregokolwiek z poniższych warunków:<br>1) przeszczepienie wątroby;<br>2) nadwrażliwość na fenylooctan lub fenylomaślan;<br>3) ciąża lub karmienie piersią;<br>4) wystąpienie działań niepożądanych, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają kontynuację terapii. | | **2. Monitorowanie leczenia**<br>Okresowe monitorowanie (w zależności od potrzeb klinicznych, wieku i stabilności pacjenta; nie rzadziej niż raz na pół roku):<br>1) szczegółowy wywiad dotyczący przebiegu klinicznego choroby, zwłaszcza liczby i ciężkości epizodów hiperamonemii;<br>2) stężenie amoniaku we krwi;<br>3) stężenie aminokwasów w osoczu;<br>4) konsultacja psychologa (ocena postępów w rozwoju psychoruchowym/ intelektualnym);<br>5) konsultacja neurologa;<br>6) konsultacja dietetyka.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) 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:<br>1) *awelumab*;<br>2) *niwolumab*;<br>3) *enfortumab wedotyny*;<br>***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.<br>***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.<br>***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**<br>1) Dawka *awelumabu*: 800 mg co 2 tygodnie;<br>2) Dawka *niwolumabu*: 240 mg co 2 tygodnie lub 480 mg co 4 tygodnie;<br>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.<br>Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL).<br>Dopuszczalne jest zmniejszenie wymienionych poniżej dawek zgodnie z aktualnymi ChPL poszczególnych leków. | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) badanie histopatologiczne w celu potwierdzenia raka urotelialnego;<br>2) ocena, za pomocą zwalidowanego testu, poziomu ekspresji PD-L1 w tkance nowotworowej – dotyczy terapii *niwolumabem*;<br>3) morfologia krwi z rozmazem;<br>4) oznaczenie stężenia hemoglobiny;<br>5) oznaczenie stężenia kreatyniny;<br>6) oznaczenie stężenia bilirubiny;<br>7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej i asparaginianowej;<br>8) oznaczenie aktywności hormonu tyreotropowego (TSH) i tetrajodotyroniny (fT4) – dotyczy terapii awelumabem i niwolumabem;<br>9) oznaczenie skorygowanego stężenia wapnia w surowicy – dotyczy terapii *awelumabem*;<br>10) oznaczenie stężenia glukozy;<br>11) oznaczenie antygenu HBs (HbsAg);<br>12) inne badania laboratoryjne w razie wskazań klinicznych;<br>13) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym; |

| | | |
|---|---|---|
| programowanej śmierci komórki 1 (PD-L1).<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji do leczenia pacjentów z rakiem urotelialnym**<br>Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych substancji czynnych (jeśli dotyczy).<br>**1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji**<br>1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie urotelialnego raka pęcherza moczowego lub miedniczki nerkowej lub cewki moczowej lub moczowodu lub gruczołu krokowego;<br>2) obecność zmian mierzalnych według kryteriów klasyfikacji RECIST 1.1 przed otrzymaniem chemioterapii paliatywnej;<br>3) stan sprawności 0-1 według kryteriów ECOG;<br>4) wiek 18 lat i powyżej;<br>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);<br>6) nieobecność innych nowotworów niekontrolowanych leczeniem;<br>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;<br>8) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie | | 14) TK klatki piersiowej i jamy brzusznej;<br>15) TK miednicy w przypadku terapii *niwolumabem* i *enfortumabem wedotyny*;<br>16) RTG klatki piersiowej – wyłącznie w przypadkach możliwości przeprowadzenia pomiaru zmian chorobowych oraz oceny odpowiedzi na leczenie;<br>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);<br>18) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych;<br>19) elektrokardiogram (EKG);<br>20) pomiar ciśnienia tętniczego.<br>Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów RECIST 1.1.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) oznaczenie stężenia hemoglobiny;<br>3) oznaczenia stężenia kreatyniny;<br>4) oznaczenie stężenia bilirubiny;<br>5) oznaczenie stężenia glukozy;<br>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej i asparaginianowej;<br>7) inne badania w zależności od wskazań klinicznych.<br><br>Badania wykonuje się: |

| | | |
|---|---|---|
| badań laboratoryjnych krwi pozwalająca na zastosowanie leku zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego;<br>9) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;<br>10) brak przeciwwskazań do stosowania poszczególnych substancji określonych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego;<br>11) brak nadwrażliwości na przeciwciała monoklonalne w wywiadzie.<br><br>**1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii**<br>**1.2.1. Awelumabem**<br>1) rak w stadium miejscowego zaawansowania poza możliwościami miejscowego leczenia o charakterze radykalnym lub w stadium uogólnienia;<br>2) nieobecność progresji choroby podczas stosowania chemioterapii paliatywnej opartej na pochodnych platyny (po zastosowaniu 4-6 cykli *cisplatyny* z *gemcytabiną* lub *karboplatyny* z *gemcytabiną*);<br>3) zachowanie okresu bez leczenia wynoszącego od 4 do 10 tygodni od ostatniego podania chemioterapii paliatywnej;<br>4) nieobecność ostrych stanów zapalnych wątroby;<br>5) nieobecność przewlekłych stanów zapalnych wątroby, które w opinii lekarza mogą zagrażać bezpieczeństwu terapii;<br>6) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy, łuszczycy, bielactwa i zespołu Sjögrena;<br>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);<br>2) co 8 tygodni w przypadku pozostałych badań (lub częściej w zależności od wskazań klinicznych).<br><br>**3. Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa leczenia**<br>1) TK lub MR odpowiedniego obszaru;<br>2) RTG klatki piersiowej – jeżeli nie jest wykonywane badanie TK;<br>3) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych.<br><br>Badania wykonuje się:<br>1) co 12 tygodni lub częściej, jeśli wymaga tego stan kliniczny pacjenta;<br>2) w chwili wyłączenia z programu, o ile nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby.<br>Wykonane badania obrazowe muszą umożliwić obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.<br>Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzana zgodnie z kryteriami RECIST 1.1.<br><br>**3.1.** Wskaźniki efektywności terapii mierzone dla *awelumabu* oraz *niwolumabu*:<br>1) śmiertelność – przeżycie całkowite (OS), tj. czas od daty podania pierwszej dawki leku do daty zgonu z jakiejkolwiek przyczyny;<br>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).<br><br>**1.2.2. Niwolumabem**<br>1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie raka urotelialnego (lub o mieszanej histopatologii z dominacją komponenty urotelialnej) naciekającego błonę mięśniową, bez obecności przerzutów odległych;<br>2) przeprowadzenie radykalnej cystekomii z cechą R0 w okresie do 120 dni przed włączeniem do leczenia;<br>3) niestosowanie adjuwantowej terapii systemowej lub radioterapii po radykalnej chirurgicznej resekcji raka urotelialnego;<br>4) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy, łuszczycy, bielactwa i zespołu Sjögrena;<br>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);<br>6) dopuszczalne jest wcześniejsze leczenie neoadjuwantowe z wykorzystaniem chemioterapii opartej na *cisplatynie*;<br>7) potwierdzenie badaniem histopatologicznym wysokiego ryzyka nawrotu nowotworu;<br>a) stopień zaawansowania pT3-pT4a lub pN+ w przypadku pacjentów, u których nie zastosowano neoadjuwantowej chemioterapii opartej na platynie,<br>b) stopień zaawansowania ypT2-ypT4a lub ypN+ w przypadku pacjentów po zastosowaniu neoadjuwantowej chemioterapii | | dotyczy terapii *awelumabem*;<br>3) przeżycie wolne od choroby (DFS ), tj. czas od daty podania pierwszej dawki leku do daty pierwszego nawrotu lub zgonu – dotyczy terapii *niwolumabem*;<br>4) jakość życia oceniana na podstawie kwestionariusza EQ-5D-3L;<br>5) zdarzenia niepożądane.<br><br>**3.2.** Wskaźniki efektywności terapii mierzone dla *enfortumabu wedotyny*:<br>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;<br>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;<br>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%;<br>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;<br>5) wskaźnik kontroli choroby (DCR) zdefiniowany jako uzyskanie przez pacjenta kontroli choroby ocenianej po 8 tygodniach od rozpoczęcia leczenia i rozumianej jako:<br>— odpowiedź całkowita (CR) lub odpowiedź częściowa |

| | | |
|---|---|---|
| opartej na platynie;<br>8) potwierdzenie poziomu ekspresji PD-L1 na komórkach nowotworowych ≥ 1%.<br><br>**1.2.3. Enfortumabem wedotyny**<br>1) rak w stadium miejscowego zaawansowania poza możliwościami miejscowego leczenia o charakterze radykalnym lub w stadium uogólnienia;<br>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).<br>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.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>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.<br>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<br>— stabilizacja choroby (SD)<br>-oczekiwany wynik: 71,9%.<br>Pierwszą ocenę odpowiedzi na leczenie *enfortumabem wedotyny* wykonuje się w 8 tygodniu leczenia (po dwóch pierwszych 28-dniowych cyklach leczenia).<br><br>**4. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ);<br>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;<br>3) 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**<br>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;*<br>2) nawrót choroby- dotyczy terapii *niwolumabem*;<br>3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;<br>4) obniżenie sprawności do stopnia 2-4 według skali ECOG;<br>5) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lek, białko mysie lub na którąkolwiek substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia;<br>6) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;<br>7) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;<br>8) okres ciąży lub karmienia piersią;<br>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)

<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<br>Do programu kwalifikowani są pacjenci w wieku 18 lat i powyżej, z:<br>1) anemią zależną od przetoczeń (≥2 jednostki kkcz w okresie 8 tygodni w ciągu 16 tygodni przed kwalifikacją do programu);<br>2) w przebiegu zespołów mielodysplastycznych o bardzo niskim, niskim lub pośrednim ryzyku wg R-IPSS;<br>3) z syderoblastami pierścieniowatymi (MDS-RS definiowane jest przy ≥15% syderoblastów pierścieniowatych lub ≥5% syderoblastów pierścieniowatych w przypadku obecności mutacji SF3B1);<br>4) u których wystąpiła niedostateczna odpowiedź na leczenie lekami stymulującymi erytropoezę, lub którzy nie kwalifikują się do takiego leczenia - zgodnie z aktualnie obowiązującymi wytycznymi;<br>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.<br>Wszystkie powyższe kryteria muszą być spełnione łącznie.<br><br>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</td>
<td>1. Dawkowanie<br>Zalecana dawka początkowa luspaterceptu to 1,0 mg/kg m.c. raz na 3 tygodnie.<br>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.<br>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.<br>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.<br><br>Szczegółowe informacje odnośnie dawkowania oraz jego modyfikacji zawarte są w aktualnym na dzień wydania decyzji dokumencie Charakterystyki Produktu Leczniczego (ChPL).</td>
<td>1. Badania dodatkowe przy kwalifikacji<br>1) morfologia krwi obwodowej z rozmazem;<br>2) oznaczenie mutacji SF3B1 u chorych z obecnością syderoblastów pierścieniowatych ≥5% i ≤ 15%;<br>3) test ciążowy przed rozpoczęciem leczenia u kobiet mogących zajść w ciąże.<br>Badania powinny być wykonane w ciągu nie więcej niż 4 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia.<br><br>2. Monitorowanie leczenia<br>1) morfologia krwi obwodowej przed każdym podaniem luspaterceptu.<br><br>3. Monitorowanie programu<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</td>
</tr>
</table>

| | | |
|---|---|---|
| sposobu finansowania terapii, jeśli w momencie włączenia luspaterceptu spełnione były ww. kryteria kwalifikacji.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami zakończenia udziału w programie.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia**<br>1) brak odpowiedzi na leczenie ocenionej po 8 cyklach leczenia;<br>odpowiedź na leczenie definiuje się jako spełnienie co najmniej jednego z poniższych kryteriów:<br>a) okres niezależności od przetoczeń kkcz ≥ 8 tyg.,<br>b) zmniejszenie o co najmniej 50% liczby jednostek przetoczonych przez okres min 8 tyg. względem analogicznego okresu przed włączenie pacjenta do programu,<br>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;<br>2) brak zmniejszenia zależności od przetoczeń po 3 cyklach leczenia przy maksymalnym poziomie dawki luspaterceptu;<br>3) nadwrażliwość na luspatercept lub którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>4) wystąpienie toksyczności na nieakceptowalnym poziomie zgodnie z ChPL;<br>5) progresja choroby podstawowej (MDS);<br>6) ciąża;<br>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;<br>3) 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.<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) hiperamonemia rozpoznana przy stężeniu amoniaku:<br>a) >90 μmol/l u dzieci,<br>b) >50 μmol/l u dorosłych,<br>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.<br>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**<br>Początkowa dawka dobowa powinna wynosić 100 mg/kg, w razie potrzeby do 250 mg/kg.<br>Następnie dawkę należy dostosować indywidualnie tak, aby utrzymać prawidłowe stężenie amoniaku w osoczu wg zasad opisanych w ChPL.<br>Do tabletek należy dodać co najmniej 5-10 ml wody, do powstania zawiesiny i połknąć natychmiast lub podać szybko strzykawką przez zgłębnik nosowo-żołądkowy.<br>Szczegółowe informacje odnośnie dawkowania oraz jego modyfikacji zawarte są w aktualnym na dzień wydania decyzji dokumencie Charakterystyki Produktu Leczniczego (ChPL). | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>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;<br>2) stężenie amoniaku w osoczu;<br>3) ilościowe oznaczenie stężenia aminokwasów (glutamina, izoleucyna, leucyna, walina, glicyna, metionina, treonina) w osoczu/surowicy;<br>4) morfologia z rozmazem;<br>5) gazometria krwi;<br>6) profil kwasów organicznych w moczu metodą GC/MS;<br>7) profil acylokarnityn w suchej kropli krwi;<br>8) pomiar parametrów auksologicznych – masy i długości/ wysokości ciała, BMI);<br>9) aktywność enzymów wątrobowych: ALAT, AspAT, stężenie bilirubiny całkowitej i związanej;<br>10) ciśnienie tętnicze krwi;<br>11) EKG; |

| | | |
|---|---|---|
| **2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia**<br>1) stwierdzenie braku skuteczności leczenia - weryfikacji skuteczności leczenia dokonuje co 6 miesięcy Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii;<br>2) wystąpienie nadwrażliwości na kwas kargluminowy lub którykolwiek z pozostałych składników leku;<br>3) ciąża lub karmienie piersią;<br>4) brak współpracy pacjenta przy realizacji programu. | | 12) konsultacja neurologiczna;<br>13) konsultacja dietetyczna;<br>14) konsultacja psychologiczna.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>**2.1. Co najmniej raz na 180 dni ocena stanu pacjenta oraz skuteczności terapii**<br>1) szczegółowy wywiad (dotyczący przebiegu klinicznego choroby, zwłaszcza liczby i ciężkości epizodów hiperamonemii) oraz opis badania przedmiotowego**;**<br>2) stężenie amoniaku w osoczu;<br>3) gazometria krwi;<br>4) ilościowe oznaczenie stężenia aminokwasów (glutamina, izoleucyna, leucyna, walina, glicyna, metionina, treonina) w osoczu /surowicy;<br>5) morfologia z rozmazem;<br>6) pomiar parametrów auksologicznych – masy i długości/ wysokości ciała, BMI);<br>7) aktywność enzymów wątrobowych: ALAT, AspAT, stężenie bilirubiny całkowitej i związanej;<br>8) EKG;<br>9) konsultacja neurologiczna;<br>10) konsultacja dietetyczna;<br>11) konsultacja psychologiczna w zależności od potrzeb;<br>12) badanie EEG, MRI OUN (w uzasadnionych przypadkach).<br>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.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) 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:<br>1) *entrektynib*,<br>2) *larotrektynib*,<br>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.<br><br>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.<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne nowotworu litego;<br>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;<br>3) nowotwór w stadium miejscowo zaawansowanym lub przerzutowym lub nowotwór, w przypadku którego resekcja | **1. Dawkowanie**<br>Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną.<br>Dopuszczalne jest zmniejszenie wymienionych poniżej dawek zgodnie z aktualną ChPL poszczególnych leków.<br><br>**1.1. Entrektynib**<br>Zalecana dawka *entrektynibu* u dorosłych to 600 mg raz na dobę.<br>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.<br><br>**1.2. Larotrektynib** | **1. Badania przy kwalifikowaniu do leczenia**<br>1) histologiczne lub cytologiczne potwierdzenie obecności nowotworu litego;<br>2) potwierdzenie obecności fuzji genu NTRK w materiale tkankowym uzyskanym z nowotworu na podstawie wyniku zwalidowanego testu z zastosowaniem molekularnych metod diagnostycznych;<br>3) morfologia krwi z rozmazem;<br>4) oznaczenie stężenia kreatyniny;<br>5) oznaczenie stężenia bilirubiny;<br>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;<br>7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;<br>8) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym;<br>9) elektrokardiografia (EKG);<br>10) badanie TK lub MR w zależności od sytuacji klinicznej;<br>11) inne badania obrazowe w zależności od sytuacji klinicznej.<br><br>**2. Badania w celu monitorowania bezpieczeństwa leczenia**<br>1) morfologia krwi z rozmazem; |

| | | |
|---|---|---|
| chirurgiczna prawdopodobnie doprowadzi do poważnych i niekorzystnych następstw zdrowotnych;<br>4) brak wcześniejszego leczenia inhibitorem NTRK;<br>5) wiek od 12 roku życia - w przypadku *entrektynibu*;<br>6) wyczerpanie możliwości terapeutyczne lub brak innych terapii, dla których potwierdzono korzyści kliniczne w danym wskazaniu, ustalone na podstawie dokumentacji medycznej przez Zespół Koordynacyjny;<br>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;<br>8) stan sprawności:<br>a) dorośli oraz dzieci w wieku co najmniej 16 lat 0-1 według w skali ECOG lub równoważny wynik w skali Karnofsky'ego,<br>b) dzieci poniżej 16 r.ż. co najmniej 50 w skali Lansky'ego;<br>9) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej na dzień wydania decyzji ChPL;<br>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;<br>11) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią.<br>Powyższe kryteria kwalifikacji powinny zostać spełnione łącznie.<br><br>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.<br>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;<br>3) oznaczenie stężenia kreatyniny;<br>4) oznaczenie stężenia bilirubiny;<br>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;<br>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;<br>7) EKG.<br>Wymienione badania powinny być wykonywane co 4 tygodnie za wyjątkiem badania EKG – wg wskazań klinicznych.<br><br>**3. Badania w celu monitorowania skuteczności leczenia**<br>1) badanie TK lub MR w zależności od sytuacji klinicznej;<br>2) inne badania obrazowe konieczne do oceny zmian według kryteriów RECIST 1.1. (lub RANO w przypadku przerzutów OUN) w zależności od sytuacji klinicznej.<br>Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej do wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia.<br>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).<br>W grupie pacjentów uzyskujących korzyść kliniczną, tj. odpowiedź obiektywną lub stabilizację choroby, częstotliwość wykonywania badań obrazowych może zostać ustalona indywidualnie przez Zespół Koordynacyjny.<br>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.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>**3. Kryteria zakończenia udziału w programie**<br>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);<br>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;<br>3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;<br>4) wystąpienie nadwrażliwości na *entrektynib/larotrektynib* lub na substancję pomocniczą;<br>5) obniżenie sprawności: | | – całkowitą (CR) lub częściową odpowiedź (PR) na leczenie,<br>– stabilizację (SD) lub progresję choroby (PD),<br>– całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS).<br><br>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.<br><br>**4. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) 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,<br>b) wynik w skali Karnofsky'ego lub w skali Lansky'ego poniżej 50;<br>6) okres ciąży lub karmienia piersią;<br>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:<br>1) w I linii leczenia: ***daratumumabem w skojarzeniu z bortezomibem, cyklofosfamidem i deksametazonem***,<br>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) wiek 18 lat i powyżej;<br>2) stan sprawności 0-2 według skali ECOG;<br>3) uprzednio nieleczona układowa amyloidoza łańcuchów lekkich (AL);<br>4) eGFR ≥ 20 ml/min/1,73m$^2$ pc.;<br>5) stężenie NT-proBNP ≤ 8 500 ng/l;<br>6) skurczowe ciśnienie krwi ≥ 90mmHg;<br>7) brak niewydolności serca w stopniu IIIB i IV wg klasyfikacji NYHA;<br>8) brak przeciwwskazań do stosowania leków (składowych schematu leczenia) zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego;<br>9) brak nadwrażliwości na którykolwiek lek lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku; | **1. Dawkowanie leków**<br>**1.1. *daratumumab w skojarzeniu z bortezomibem, cyklofosfamidem i deksametazonem***<br>Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie).<br>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.<br>Bortezomib: zalecana dawka 1,3 mg/m$^2$ pc. podawana podskórnie w dniach 1., 8., 15. i 22. każdego cyklu przez pierwsze 6 cykli.<br>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.<br>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**<br>1) badania potwierdzające diagnozę układowej amyloidozy AL:<br>a) wykazanie amyloidu za pomocą barwienia dowolnego materiału tkankowego czerwienią Kongo,<br>b) bezpośrednie typowanie amyloidu wykazujące obecność fragmentów łańcuchów lekkich immunoglobulin,<br>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);<br>2) ocena zajęcia narządowego – serce:<br>a) oznaczenie stężenia NT-proBNP,<br>b) oznaczenie stężenia troponiny T lub troponiny I,<br>c) pomiar wartości ciśnienia tętniczego,<br>d) badanie echokardiograficzne serca,<br>e) elektrokardiografia (EKG),<br>f) rezonans magnetyczny serca (jeśli jest wskazany);<br>3) ocena zajęcia narządowego – wątroba: |

| | | |
|---|---|---|
| 10) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;<br>11) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z odpowiednią, aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;<br>12) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń;<br>13) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o odpowiednie, aktualne Charakterystyki Produktu Leczniczego;<br>14) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii.<br>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br>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.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, jednak z zastrzeżeniem, iż:<br>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.<br><br>**2. Modyfikacja dawkowania leków**<br>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.<br>Przed rozpoczęciem terapii zaleca się profilaktykę przeciwwirusową zapobiegającą reaktywacji wirusa HSV/VZV. | a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),<br>b) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST),<br>c) oznaczenie stężenia fosfatazy zasadowej,<br>d) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi,<br>e) ultrasonografia (USG) wątroby;<br>4) ocena zajęcia narządowego – nerki:<br>a) pomiar ilości białka w dobowej zbiórce moczu,<br>b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,<br>c) oznaczenie klirensu kreatyniny;<br>5) ocena zajęcia narządowego – inne narządy (jeśli klinicznie uzasadnione);<br>6) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym);<br>7) oznaczenie stężenia i stosunku wolnych łańcuchów lekkich kappa/lambda w surowicy krwi (sFLC);<br>8) pośredni test antyglobulinowy (test pośredni Coombs'a).<br><br>**2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia**<br>Badania wykonywane przed każdym cyklem leczenia:<br>1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym);<br>2) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);<br>3) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);<br>4) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;<br>5) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;<br>6) oznaczenie klirensu kreatyniny; |

| | | |
|---|---|---|
| **3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) progresja choroby w trakcie stosowania leczenia (po co najmniej 3 cyklach leczenia) definiowana jako:<br>a) wystąpienie progresji hematologicznej (na podstawie stężenia białka M i sFLC),<br>lub<br>b) wystąpienie progresji narządowej (serca, nerek lub wątroby);<br>2) brak co najmniej bardzo dobrej odpowiedzi częściowej (VGPR) po 6 cyklach leczenia;<br>3) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;<br>4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia;<br>5) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;<br>6) okres ciąży lub karmienia piersią;<br>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;<br>8) pomiar ilości białka w dobowej zbiórce moczu.<br><br>**3. Monitorowanie skuteczności leczenia**<br>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:<br>1) oznaczenie stężenia białka M metodą elektroforezy i immunofiksacji białek surowicy i moczu;<br>2) oznaczenie stężenia i stosunku wolnych łańcuchów lekkich kappa/lambda w surowicy krwi (sFLC);<br>3) w przypadku zajęcia serca: oznaczenie stężenia NT-proBNP;<br>4) w przypadku zajęcia wątroby:<br>a) oznaczenie stężenia fosfatazy zasadowej,<br>b) ultrasonografia (USG) wątroby;<br>5) w przypadku zajęcia nerek:<br>a) pomiar ilości białka w dobowej zbiórce moczu,<br>b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,<br>c) oznaczenie klirensu kreatyniny;<br>6) dodatkowo inne badania w przypadku zajęcia narządu innego niż serce, wątroba lub nerki (jeśli klinicznie uzasadnione);<br><br>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.<br><br>**4. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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:<br>a) odpowiedź hematologiczna:<br>– całkowita odpowiedź (CR),<br>– bardzo dobra częściowa odpowiedź (VGPR),<br>– częściowa odpowiedź (PR),<br>– brak odpowiedzi (NR),<br>– progresja choroby (PD),<br>b) odpowiedź narządowa (sercowa, nerkowa, wątrobowa – jeśli dotyczy),<br>c) przeżycie bez progresji choroby (PFS),<br>d) przeżycie całkowite (OS);<br>3) 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)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| W ramach programu lekowego chorym na makroglobulinemię Waldenströma udostępnia się terapię ***zanubrutynibem w monoterapii***:<br>1) w I linii leczenia u chorych niekwalifikujących się do immunochemioterapii,<br>albo<br>2) w II i kolejnych liniach leczenia,<br>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) wiek 18 lat i powyżej;<br>2) stan sprawności 0-2 według skali ECOG;<br>3) potwierdzone rozpoznanie makroglobulinemii Waldenströma u pacjenta:<br>a) uprzednio nieleczonego i niekwalifikującego się do immunochemioterapii,<br>albo<br>b) po uprzednim zastosowaniu co najmniej jednej linii leczenia;<br>4) obecność wskazań do leczenia według aktualnych zaleceń International Workshop on Waldenström's Macroglobulinemia (IWWM); | **1. Dawkowanie leku**<br>**1.1. *zanubrutynib w monoterapii***<br>Zalecana dawka zanubrutynibu wynosi 320 mg na dobę.<br>Dawkę dobową można przyjmować raz na dobę, albo podzielić na dwie dawki po 160 mg i przyjmować dwa razy na dobę.<br><br>**2. Modyfikacja dawkowania leku**<br>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) oznaczenie stężenia monoklonalnego białka IgM w surowicy (proteinogram i immunofiksacja);<br>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;<br>3) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym krwinek białych);<br>4) ocena wydolności nerek:<br>a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;<br>b) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi;<br>c) oznaczenie wskaźnika eGFR;<br>5) ocena wydolności wątroby:<br>a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),<br>b) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST),<br>c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; |

| | | |
|---|---|---|
| 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);<br>6) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;<br>7) brak nadwrażliwości na lek lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku;<br>8) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;<br>9) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;<br>10) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń;<br>11) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego;<br>12) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii.<br>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br>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.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. | | 6) oznaczenie czasu protrombinowego (PT);<br>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;<br>8) badanie przesiewowe w kierunku HBV (HBsAg i HBcAb, a w razie konieczności HBV DNA);<br>9) elektrokardiografia (EKG);<br>10) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym).<br><br>**2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia**<br>Badania wykonywane:<br>1) raz na miesiąc:<br>a) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym krwinek białych);<br>b) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);<br>c) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);<br>d) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi,<br>e) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,<br>2) raz na 3 miesiące:<br>a) elektrokardiografia (EKG).<br><br>**3. Monitorowanie skuteczności leczenia**<br>Badania pozwalające na ocenę skuteczności prowadzonego leczenia należy wykonać zgodnie z aktualnymi rekomendacjami: |

| | | |
|---|---|---|
| **3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) progresja choroby w trakcie leczenia;<br>2) transformacja makroglobulinemii Waldenströma w agresywnego chłoniaka;<br>3) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;<br>4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia;<br>5) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;<br>6) okres ciąży lub karmienia piersią;<br>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);<br>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.<br>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.<br>Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji.<br><br>**4. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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:<br>a) całkowita odpowiedź (CR),<br>b) bardzo dobra częściowa odpowiedź (VGPR),<br>c) częściowa odpowiedź (PR), |

| | | |
|---|---|---|
| | | d) mniejsza odpowiedź (MR),<br>e) choroba stabilna (SD),<br>f) progresja choroby (PD),<br>g) przeżycie bez progresji choroby (PFS),<br>h) przeżycie całkowite (OS);<br>3) 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**<br>Do leczenia *esketaminą* w ramach programu kwalifikują się świadczeniobiorcy spełniający łącznie następujące kryteria:<br>1) wiek od ukończenia 18 roku życia do 75 roku życia;<br>2) potwierdzone rozpoznanie depresji zakwalifikowanej wg obowiązującej klasyfikacji ICD-10 do kodów: F33.1 i F33.2;<br>3) aktualny epizod depresji o nasileniu umiarkowanym lub ciężkim wg skali MADRS;<br>4) przeciwwskazania lub oporność lub brak zgody pacjenta na terapię elektrowstrząsami;<br>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;<br>6) nie więcej niż 5 różnych leków przeciwdepresyjnych w bieżącym epizodzie depresji;<br>7) co najmniej drugi epizod depresji; | **1. Dawkowanie**<br>**1.1. Pacjenci poniżej 65 r.ż.**<br>**Faza indukcji:**<br>– **tygodnie 1-4:** pierwsze podanie 56 mg, kolejne podania 56 mg lub 84 mg dwa razy w tygodniu.<br>Pod koniec fazy indukcji należy ocenić dowody korzyści terapeutycznej, aby określić potrzebę kontynuacji leczenia.<br>**Faza podtrzymująca:**<br>– **tygodnie 5-8:** 56 mg lub 84 mg raz w tygodniu,<br>– **od 9 tygodnia:** 56 mg lub 84 mg co 2 tygodnie lub raz w tygodniu.<br>Konieczność dalszego leczenia należy okresowo oceniać.<br>**1.2. Pacjenci od 65 roku życia**<br>**Faza indukcji:** | **1. Badania przy kwalifikacji do programu**<br>1) ocena nasilenia depresji wg skali MADRS;<br>2) badanie psychiatryczne mające na celu udokumentowanie wykluczenia:<br>a) zaburzeń osobowości,<br>b) choroby afektywnej dwubiegunowej,<br>c) uzależniania od alkoholu, leków nasennych, uspokajających, przeciwbólowych lub narkotyków;<br>3) aktywność aminotransferaz (ASPAT, AlAT);<br>4) badanie poziomu TSH;<br>5) pomiar ciśnienia krwi;<br>6) test ciążowy w celu wykluczenia ciąży – w przypadku kobiet w wieku rozrodczym.<br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>**2.1. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia**<br>1) pomiar ciśnienia krwi (przed podaniem leczenia oraz około 40 minut po podaniu dawki, a następnie, zgodnie z potrzebą kliniczną);<br>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**<br>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);<br>2) **utrata skuteczności terapii** w trakcie leczenia podtrzymującego (wynik w skali MADRS > 22 w trakcie dwóch kolejnych badań);<br>3) nadwrażliwość na substancję czynną lub substancje pomocnicze;<br>4) wystąpienie działań niepożądanych związanych ze stosowaniem leku uniemożliwiających jego dalsze stosowanie;<br>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;<br>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 substancją czynną *dostarlimab*.<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) potwierdzenie nawrotowego lub zaawansowanego (stadium ≥IIIB) raka endometrium o dowolnym typie histologicznym z wykluczeniem mięsaka endometrialnego;<br>2) wystąpienie progresji zaawansowanego lub nawrotowego raka endometrium w trakcie lub po zakończeniu wcześniejszego schematu chemioterapii dwulekowej zawierającego platynę;<br>3) zidentyfikowana obecność upośledzenia naprawy nieprawidłowo sparowanych nukleotydów (ang. mismatch repair deficient, dMMR) lub wysokiej niestabilności mikrosatelitarnej (ang. microsatellite instabilityhigh, MSIH) potwierdzonej z wykorzystaniem zwalidowanego testu;<br>4) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według aktualnej klasyfikacji RECIST;<br>5) wcześniejsze leczenie terapiami hormonalnymi jest dopuszczalne i nie wlicza się do liczby zastosowanych terapii;<br>6) wiek 18 lat i powyżej;<br>7) stan sprawności 0-1 według skali ECOG; | **1. Dawkowanie**<br>**1.1. Dostarlimab**<br>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).<br><br>Nie zaleca się zmniejszania dawki. Dostalimab należy trwale odstawić, jeśli uszkodzenie wątroby nie ulegnie poprawie do co najmniej 1. stopnia według NCI-CTC w ciągu 12 tygodni od podania ostatniej dawki, a dawka kortykosteroidów nie może być zmniejszona do 10 mg lub mniej prednizolonu na dobę w ciągu 12 tygodni lub równoważnej dawki na dobę w ciągu 12 tygodni lub jakakolwiek reakcji NCI-CTC stopnia 3 lub wyższego.<br><br>Pozostałe szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) oznaczenie stężenia kreatyniny i klirensu kreatyniny;<br>3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);<br>4) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);<br>5) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej i bezpośredniej;<br>6) oznaczenie INR i czasu protrombinowego (PT);<br>7) badanie czasu częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT);<br>8) oznaczenie stężenia TSH, fT3 i fT4;<br>9) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym);<br>10) badanie TK lub MR jamy brzusznej, miednicy i klatki piersiowej oraz innych okolic ciała w zależności od wskazań klinicznych;<br>11) inne badania laboratoryjne i obrazowe w razie wskazań klinicznych.<br>Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów RECIST. |

| | | |
|---|---|---|
| 8) nieobecność innych nowotworów niekontrolowanych leczeniem;<br>9) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;<br>10) brak przeciwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną ChPL;<br>11) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzone przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;<br>12) zgoda pacjentki na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL;<br>13) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią.<br>Kryteria kwalifikacji musza być spełnione łącznie.<br><br>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni dostarlimabem w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na dostarlimab lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; | zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL). | **2. Monitorowanie leczenia**<br>**2.1. Monitorowanie bezpieczeństwa**<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) oznaczenie stężenia kreatyniny i klirensu kreatyniny;<br>3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);<br>4) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);<br>5) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej i bezpośredniej;<br>6) oznaczenie INR i czasu protrombinowego (PT);<br>7) badanie czasu częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT);<br>8) oznaczenie stężenia TSH, fT3 i fT4;<br>9) inne badania laboratoryjne i obrazowe w razie wskazań klinicznych.<br><br>Badania laboratoryjne krwi wykonuje się co 3 tygodnie (tzn. przed każdym podaniem dostarlimabu) przez pierwsze 3 miesiące leczenia i następnie co 3 miesiące.<br><br>**2.2. Monitorowanie skuteczności**<br>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.<br>2) inne badania laboratoryjne i obrazowe w razie wskazań klinicznych.<br>Oceny skuteczności leczenia dokonuje się zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST. |

| | | |
|---|---|---|
| 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;<br>3) obniżenie sprawności do stopnia 2-4 według skali ECOG;<br>4) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;<br>5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia.<br>6) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;<br>7) okres ciąży lub karmienia piersią.<br>8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów. | | Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia lekarz prowadzący określa dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym:<br>a) całkowitą (CR) lub częściową odpowiedź (PR) na leczenie,<br>b) stabilizację (SD) lub progresję choroby (PD),<br>c) całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS).<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) 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:<br>1) ostrą chorobą przeszczep przeciwko gospodarzowi (aGvHD),<br>albo<br>2) przewlekłą chorobą przeszczep przeciwko gospodarzowi (cGvHD),<br>udostępnia się terapię ruksolitynibem zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br>Muszą zostać spełnione łącznie wszystkie kryteria ogólne (1.1.) oraz wszystkie kryteria szczegółowe (z punktu 1.2. albo 1.3.) dla poszczególnej terapii.<br>**1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji**<br>1) pacjent z chorobą przeszczep przeciwko gospodarzowi po przeszczepieniu allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych;<br>2) wiek 12 lat i powyżej;<br>3) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;<br>4) brak nadwrażliwości na lek lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku; | **1. Dawkowanie leku**<br>**1.1. ruksolitynib**<br>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).<br><br>**2. Modyfikacja dawkowania leku**<br>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) morfologia krwi;<br>2) ocena wydolności wątroby:<br>a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),<br>b) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST),<br>c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;<br>3) ocena wydolności nerek – oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;<br>4) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym).<br><br>**2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia**<br>**2.1. w przypadku ostrej choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi (aGvHD)**<br>1) badania wykonywane nie rzadziej niż co 14 dni:<br>a) morfologia krwi,<br>b) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),<br>c) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST),<br>d) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi. |

| | | |
|---|---|---|
| 5) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;<br>6) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;<br>7) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń;<br>8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego;<br>9) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii.<br><br>**1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia ostrej choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi (aGvHD)**<br>1) rozpoznanie ostrej (stopnia II do IV) choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi wg kryteriów np. Glucksberga lub MAGIC;<br>2) pacjent po przeszczepieniu allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych, z niewystarczającą odpowiedzią na leczenie kortykosteroidami definiowaną jako jedno z poniższych:<br>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,<br>b) brak odpowiedzi na kortykosteroidy w ciągu 7 dni,<br>c) niecałkowita odpowiedź na leki immunosupresyjne w tym kortykosteroidy po 28 dniach stosowania. | | **2.2. w przypadku przewlekłej choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi (cGvHD)**<br>1) badanie wykonywane co 2-4 tygodnie – morfologia krwi;<br>2) badania wykonywane nie rzadziej niż co 4 tygodnie:<br>a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),<br>b) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST),<br>c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;<br>3) w zależności od sytuacji klinicznej – badania w kierunku zakażeń wirusowych (np. CMV, EBV, BKV, Parvowirus B19 i innych).<br><br>**3. Monitorowanie skuteczności leczenia**<br>**3.1. w przypadku ostrej choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi (aGvHD)**<br>1) nie rzadziej niż co 14 dni – ocena stopnia nasilenia objawów aGvHD według kryteriów np. Glucksberga lub MAGIC.<br><br>**3.2. w przypadku przewlekłej choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi (cGvHD)**<br>1) nie rzadziej niż co 28 dni – ocena stopnia nasilenia objawów cGvHD według kryteriów np. NIH (National Institutes of Health).<br><br>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)**<br>1) rozpoznanie przewlekłej (umiarkowanej lub ciężkiej) choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi wg kryteriów np. NIH (National Institutes of Health);<br>2) pacjent po przeszczepieniu allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych, z niewystarczającą odpowiedzią na leczenie kortykosteroidami definiowaną jako jedno z poniższych:<br>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,<br>b) stabilizacja objawów w trakcie przyjmowania metyloprednizolonu w dawce ≥0,5 mg/kg mc. lub odpowiednika przez miesiąc,<br>c) nawrót objawów przy próbie odstawienia metyloprednizolonu lub odpowiednika.<br><br>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.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>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.<br><br>**4. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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:<br>a) w przypadku aGvHD:<br>– całkowita odpowiedź na leczenie w 56. dniu terapii,<br>– częściowa odpowiedź na leczenie w 56. dniu terapii,<br>– brak odpowiedzi (NR),<br>b) w przypadku cGvHD:<br>– całkowita odpowiedź na leczenie,<br>– częściowa odpowiedź na leczenie,<br>– brak odpowiedzi (NR),<br>c) przeżycie całkowite (OS);<br>3) 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.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) progresja choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi;<br>2) brak jakiejkolwiek odpowiedzi na leczenie po maksymalnie:<br>a) 8 tygodniach w przypadku aGvHD,<br>b) 24 tygodniach w przypadku cGvHD;<br>3) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;<br>4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia;<br>5) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;<br>6) okres ciąży lub karmienia piersią;<br>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:<br>1) *anifrolumabem*,<br>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.<br><br>Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br>Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria:<br>1) pacjenci w wieku ≥ 18 lat:<br>a) z rozpoznaniem TRU na podstawie obowiązujących kryteriów klasyfikacyjnych EULAR/ACR,<br>oraz<br>b) z aktywną chorobą definiowaną jako:<br>i. wartość SLEDAI-2K ≥ 6, w tym wartość klinicznego SLEDAI-2K ≥ 4,<br>lub | **1. Dawkowanie**<br>Zalecana i jednocześnie maksymalna dawka anifrolumabu to podanie 300 mg co 4 tygodnie w infuzji dożylnej trwającej 30 minut. | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) odczyn Biernackiego (OB);<br>2) stężenie białka C-reaktywnego (CRP);<br>3) morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych oraz limfocytów;<br>4) płytki krwi (PLT);<br>5) stężenie kreatyniny/GFR w surowicy;<br>6) aminotransferaza asparaginianowa (ALT);<br>7) aminotransferaza alaninowa (AST);<br>8) kinaza kreatynowa (CK);<br>9) badanie ogólne moczu;<br>10) białko w dobowej zbiórce moczu w przypadku dodatniego wyniku badania ogólnego moczu;<br>11) miano p/ciał przeciwjądrowych (ANA) met. IF;<br>12) profil ANA (w przypadku dodatniego miana ANA);<br>13) dsDNA;<br>14) stężenie składowych dopełniacza C3 i C4;<br>15) stężenie IgG, IgM, IgA (do decyzji lekarza);<br>16) test Quantiferon; |

| | | |
|---|---|---|
| ii. ocena stopnia aktywności choroby w skali BILAG-2004 ≥ 1 A lub ≥ 2 B,<br>oraz<br>iii. wartość ogólnej oceny aktywności choroby przez lekarza w skali 0-3 (PGA) > 1,<br>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;<br>2) w przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym;<br>3) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL);<br>4) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;<br>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;<br>18) przeciwciała anty-HBc;<br>19) przeciwciała anty-HCV;<br>20) antygen wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo);<br>21) EKG;<br>22) RTG lub TK klatki piersiowej (maksymalnie do 6 m-cy przed kwalifikacją);<br>23) stężenie prokalcytoniny (do decyzji lekarza);<br>24) test ciążowy (do decyzji lekarza);<br>25) USG stawów (do decyzji lekarza);<br>26) echo serca (do decyzji lekarza);<br>27) EMG (do decyzji lekarza).<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>1) po 3 miesiącach (±1 miesiąc) i po 6 miesiącach (±1 miesiąc) od pierwszego podania leku należy wykonać:<br>a) stężenie CRP,<br>b) morfologię krwi,<br>c) płytki krwi (PLT),<br>d) stężenie kreatyniny/GFR w surowicy,<br>e) AST i ALT,<br>f) CK (do decyzji lekarza),<br>g) badanie ogólne moczu,<br>h) białko w dobowej zbiórce moczu (do decyzji lekarza),<br>i) dsDNA,<br>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.<br><br>**2. Czas leczenia w programie**<br><br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia z programu**<br><br>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):<br>a) zmniejszenie wartości SLEDAI-2K o ≥ 4,<br>b) brak pogorszenia w innych układach narządów,<br>c) brak pogorszenia PGA ≥ 0,3,<br>lub<br>d) poprawa wszystkich wyjściowych ocen A do B/C/D oraz ocen B do C/D w skali BILAG-2004,<br>e) brak pogorszenia w innych układach narządów,<br>f) brak pogorszenia PGA ≥ 0,3 w skali 0-3,<br>lub | | oraz dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii po 6 -12 miesiącach (±1 miesiąc) wg wskaźników zgodnych z pkt 1) kryteriów wyłączenia.<br><br>Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe badania wraz oceną skuteczności leczenia należy powtarzać po każdych kolejnych 6 miesiącach (±1 miesiąc).<br><br>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.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br><br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) 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 $\leq 4$ lub wartość klinicznego SLEDAI-2K $\leq 2$,<br>h) wartość PGA $\leq 1$,<br>i) aktualnie przyjmowana dawka GKS w przeliczeniu na prednizon $\leq 7{,}5$ mg/dobę,<br>lub<br>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;<br>2) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;<br>3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;<br>4) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL;<br>5) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;<br>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.<br><br>**4. Kryteria ponownego włączenia do programu**<br>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;<br>2) pacjent jest włączany do ponownego leczenia substancją czynną, której zastosowanie wywołało niską aktywność choroby;<br>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.<br>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia co 6 miesięcy odbywa się, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br>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;<br>2) dzieci w wieku ≥1 r.ż. oraz młodzież, u której nie nastąpiło zamknięcie płytki wzrostowej (chrząstki nasadowej);<br>3) radiologicznie potwierdzona choroba kości (RSS ≥2);<br>4) stężenie fosforanów w surowicy na czczo poniżej zakresu prawidłowego, odpowiedniego dla wieku (dotyczy pacjentów nieleczonych *burosumabem*);<br>5) przerwanie stosowania doustnych fosforanów i aktywnych analogów witaminy D na 1 tydzień przed rozpoczęciem leczenia *burosumabem*; | **1. Dawkowanie leków w programie**<br>Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL).<br>Zalecana początkowa dawka *burosumabu* wynosi **0,8mg/kg** masy ciała (dawkę należy zaokrąglać do najbliższej wielokrotności 10 mg) podawana co 2 tygodnie.<br>Dawka maksymalna wynosi **90 mg.**<br>Dopuszczalne jest zmniejszenie wymienionych poniżej dawek zgodnie z aktualną ChPL poszczególnych leków. | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>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;<br>2) oznaczenie stężenia fosforanów w surowicy;<br>3) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy;<br>4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy;<br>5) oznaczenie stężenia fosfatazy alkalicznej w surowicy;<br>6) oznaczenie stężenia parathormonu w surowicy;<br>7) oznaczenie stężenia fosforanów w moczu;<br>8) oznaczenie stężenia wapnia w moczu;<br>9) oznaczenie stężenia kreatyniny w moczu<br>10) oznaczenie wartości wskaźnika TmP/GFR;<br>11) oznaczenie wartości wskaźnika Ca/kreatynina;<br>12) badanie RTG kośćca;<br>13) badanie USG nerek;<br>14) ocena ciężkości krzywicy na podstawie skali RSS.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia** |

| | | |
|---|---|---|
| 6) wykluczenie ciężkiego zaburzenia czynności nerek lub schyłkowej niewydolności nerek;<br>7) brak przeciwskazań do terapii określonych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego (ChPL);<br>8) poziom wapnia w surowicy zgodnie z normami skorygowanymi względem wieku;<br>9) wykluczenie nadczynności przytarczyc.<br>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>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.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Przedłużenie leczenia następuje co 6 miesięcy decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii.<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) ukończenie przez chorego 18 r.ż.;<br>2) brak skuteczności ocenianej przez Zespół Koordynacyjny zgodnie z harmonogramem monitorowania skuteczności | | 1) oznaczenie stężenia fosforanów w surowicy;<br>2) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy;<br>3) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy;<br>4) oznaczenie stężenia fosfatazy alkalicznej w surowicy;<br>5) oznaczenie stężenia parathormonu w surowicy;<br>6) oznaczenie stężenia fosforanów w moczu;<br>7) oznaczenie stężenia wapnia w moczu;<br>8) oznaczenie stężenia kreatyniny w moczu;<br>9) oznaczenie wartości wskaźnika TmP/GFR;<br>10) oznaczenie wartości wskaźnika Ca/kreatynina;<br>11) badanie RTG stawów kolanowych i obu nadgarstków w celu oceny ciężkości krzywicy na podstawie skali RSS;<br>12) badanie USG nerek.<br><br>Badania wykonuje się:<br>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);<br>2) co 6 miesięcy w przypadku pozostałych badań (z wyłączeniem badania RTG stawów kolanowych i obu nadgarstków, USG nerek);<br>3) co 3 miesiące w przypadku fosfatazy alkalicznej w surowicy;<br>4) w przypadku wskazań klinicznych wg potrzeb.<br><br>Weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o w/w kryteria oraz ocenę stanu klinicznego pacjenta dokonywaną przez Zespół Koordynacyjny.<br>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:<br>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)<br>oraz<br>brak normalizacji stężenia TmP/GFR przy dwóch kolejnych oznaczeniach lub podwyższenie stężenia TmP/GFR o <30% w stosunku do wartości początkowych,<br>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);<br>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:<br>a) brak poprawy całkowitego wyniku RSS o ≥ 0,5 pkt. w 12 mies. względem wartości początkowych (momentu rozpoczęcia leczenia),<br>b) brak utrzymania wyniku RSS osiągniętego w czasie 12 mies. leczenia;<br>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.<br><br>**2. Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa**<br>Wskaźniki efektywności mierzone co 6 miesięcy leczenia:<br>1) normalizacja stężenia fosforanów przy dwóch kolejnych oznaczeniach;<br>2) normalizacji stężenia TmP/GFR przy dwóch kolejnych oznaczeniach;<br>3) dynamika (trend) normalizacji poziomu fosfatazy alkalicznej (ALP) przy dwóch kolejnych oznaczeniach;<br>4) poprawa całkowitego wyniku RSS względem wartości początkowych;<br>5) utrzymanie wyniku RSS osiągniętego w czasie 12 mies. leczenia.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ);<br>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;<br>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;<br>6) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia;<br>7) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;<br>8) okres ciąży lub karmienia piersią;<br>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:<br>1) *odewiksybat*,<br>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji:**<br>1) kliniczne rozpoznanie PFIC typu 1 lub PFIC typu 2;<br>2) wiek 6 m.ż. i powyżej;<br>3) potwierdzenie genetyczne PFIC-1 (w genie *ATP8B1*) lub PFIC-2 (w genie *ABCB11*);<br>4) masa ciała powyżej 5 kg;<br>5) podwyższone stężenie kwasów żółciowych w surowicy (s-BA) (≥100 μmol/l);<br>6) w wywiadzie uporczywy świąd tj. wynik w skali ObsRO ≥ 2 w ciągu 2 tygodni przed włączeniem do programu;<br>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**<br>Dawkowanie *odewiksybatu* w programie i modyfikacja leczenia – zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego aktualną na dzień wydania decyzji.<br>Leczenie powinien rozpoczynać i nadzorować lekarz mający doświadczenie w leczeniu PFIC. | **1. Badania przy kwalifikacji do leczenia**<br>1) ocena parametrów czynności wątroby:<br>a) stężenie kwasów żółciowych (TBA; Total bile acids),<br>b) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT),<br>c) aminotransferaza alaninowa (AlAT),<br>d) gamma-glutamylotransferaza (GGTP),<br>e) fosfataza alkaliczna (ALP),<br>f) alfa-fetoproteina (AFP)<br>g) bilirubina całkowita;<br>2) ocena stężenia witamin rozpuszczalnych w tłuszczach: A, D, E;<br>3) ocena międzynarodowego współczynnika znormalizowanego (INR);<br>4) badania obrazowe wątroby wg decyzji lekarza prowadzącego;<br>5) badanie określające zaawansowanie włóknienia wątroby - elastografia wątroby lub oznaczenie wskaźników APRI lub FIB-4;<br>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.<br><u>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</u><br><br>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.<br><br>**2. Kryteria uniemożliwiające kwalifikację do programu**<br>1) patologiczne zmiany genu ABCB11, które przewidują całkowity brak funkcji BSEP;<br>2) obecność lub występujące w przeszłości inne rodzaje chorób wątroby, w tym między innymi:<br>a) atrezja dróg żółciowych wszelkiego rodzaju,<br>b) łagodna nawracająca cholestaza wewnątrzwątrobowa, na którą wskazuje jakikolwiek wywiad z prawidłowymi SBA,<br>c) podejrzenie lub potwierdzony w badaniach obrazowych rak wątroby lub przerzuty do wątroby,<br>d) histopatologia w biopsji wątroby, która sugeruje alternatywną etiologię cholestazy niezwiązaną z PFIC;<br>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**<br>1) zaburzenia czynności wątroby:<br>a) okresowe badania czynności wątroby wykonywane co 3 miesiące u pacjentów z ciężkimi zaburzeniami czynności wątroby, w tym:<br>– stężenie kwasów żółciowych (TBA; Total bile acids),<br>– aminotransferaza asparaginianowa (AspAT),<br>– aminotransferaza alaninowa (AlAT),<br>– gamma-glutamylotransferaza (GGTP),<br>– fosfataza alkaliczna (ALP),<br>– bilirubina całkowita,<br>– inne badanie w razie wskazań klinicznych;<br>2) biegunka:<br>a) regularne monitorowanie w celu odpowiedniego nawodnienia u pacjentów, u których występuje biegunka;<br>3) ciąża:<br>a) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym;<br>4) ocena witamin rozpuszczalnych w tłuszczach:<br>a) kontrolowanie stężenia witamin rozpuszczalnych w tłuszczach.<br><br>**3. Ocena skuteczności leczenia**<br>Skuteczność leczenia *odewiksybatem* oceniana jest na podstawie:<br>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;<br>5) przebycie zabiegu chirurgicznego mającego na celu odprowadzenie zewnętrzne/wewnętrzne żółci (typu PIBD, PEBD), który okazał się skuteczny.<br>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;<br>6) wcześniejszy przeszczep wątroby lub przeszczep wątroby zaplanowany w ciągu 6 miesięcy od rozpoczęcia leczenia;<br>7) niewyrównana choroba wątroby, koagulopatia, wywiad lub obecność klinicznie istotnego wodobrzusza, krwotoku żylakowego lub encefalopatii;<br>8) międzynarodowy współczynnik znormalizowany (INR) >1,4;<br>9) stężenie AlAT w surowicy >10 × górna granica normy (GGN) w badaniu wstępnym;<br>10) stężenie AlAT w surowicy >15 × GGN w dowolnym momencie w ciągu ostatnich 6 miesięcy;<br>11) całkowita bilirubina >10 × GGN w badaniu wstępnym.<br><br>**3. Określenie czasu leczenia w programie**<br>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));<br>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;<br>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.<br>Określenie stopnia zwłóknienia wątroby powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia.<br><br>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.<br>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.<br><br>**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.<br><br>**4. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) brak skuteczności leczenia stwierdzony na podstawie oceny głównych wskaźników efektywności terapii i oczekiwanych korzyści zgodnie z treścią pkt. 3. Ocena skuteczności leczenia;<br>2) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;<br>3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;<br>4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;<br>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;<br>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:<br>a) stężenia kwasów żółciowych w surowicy,<br>b) ocena świądu oraz jakości snu w skali ObsRO,<br>c) zmiany stężenia wyszczególnionych w powyższych pkt. parametrów laboratoryjnych,<br>d) konieczność/brak konieczności wykonania zabiegu chirurgicznego,<br>e) ocena stopnia zwłóknienia wątroby;<br>3) 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: G40.4)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| W programie finansuje się leczenie następującymi substancjami:<br>1) *kannabidiol*,<br>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) wiek 2 lata i powyżej;<br>2) rozpoznanie kliniczne zespołu stwardnienia guzowatego, w przypadku braku pełnej kontroli napadów padaczkowych z zastosowaniem aktualnie stosowanych leków przeciwpadaczkowych;<br>3) brak kontroli napadów pomimo zastosowania co najmniej trzech leków przeciwpadaczkowych, w dotychczasowej terapii (w odpowiedniej dawce przez odpowiedni czas);<br>4) prowadzenie dzienniczka napadów padaczkowych z okresu co najmniej 6 miesięcy przed włączeniem do programu lekowego;<br>5) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL); | **1. Dawkowanie**<br>Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL).<br>Maksymalna dawka kannabidiolu to 12,5 mg/ kg mc. podawana 2 x dobę (25 mg/kg mc./dobę). | **1. Badania przy kwalifikacji do leczenia**<br>1) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej;<br>2) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej;<br>3) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej.<br>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.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>**2.1.** W ramach monitorowania leczenia pacjent prowadzi odpowiedni dzienniczek. Zakres minimalnych wymaganych do oceny parametrów:<br>a) liczba napadów padaczkowych w miesiącu;<br>b) liczba dni bez napadów;<br>c) najdłuższy czas trwania napadu;<br>d) semiologia napadu; |

| | | |
|---|---|---|
| 6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;<br>7) brak przeciwwskazań do stosowania *kannabidiolu* zgodnie z aktualną ChPL;<br>8) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią.<br>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>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.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie należy kontynuować do momentu podjęcia przez lekarza decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>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;<br>2) brak adekwatnej odpowiedzi ocenianej po każdych kolejnych 3 miesiącach leczenia *kannabidiolem* rozumianej jako | | e) nazwa, liczba i dawki przyjmowanych leków przerywających napad.<br><br>**2.2.** Po 1 miesiącu, po 3 – 4 miesiącach i po 6 – 7 miesiącach od pierwszego podania *kannabidiolu* należy wykonać:<br>1) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej;<br>2) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej;<br>3) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej.<br><br>**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.<br><u>Wskaźniki efektywności:</u><br>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*;<br>b) liczba dni bez napadów;<br>c) poprawa stanu klinicznego pacjenta w ocenie lekarza;<br>d) działania niepożądane.<br><br>Jeżeli terapia jest kontynuowana:<br>– powyższe badania laboratoryjne należy powtarzać co 3 - 6 miesięcy;<br>– 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;<br>3) niekorzystny stosunek korzyści do ryzyka;<br>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);<br>5) ciąża, z wyjątkiem sytuacji, gdy potencjalne korzyści dla matki wyraźnie przewyższają ryzyko dla płodu;<br>6) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;<br>7) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia zgodnie z decyzją lekarza;<br>8) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia;<br>9) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;<br>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:<br>1) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej;<br>2) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej;<br>3) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej.<br><br>**2. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ);<br>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.;<br>3) 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:<br>1) *kannabidiol*,<br>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) wiek 2 lata i powyżej;<br>2) rozpoznanie kliniczne zespołu Lennoxa-Gastauta lub zespołu Dravet, w którym napady padaczkowe nie są w pełni kontrolowane przez aktualnie stosowane leki przeciwpadaczkowe;<br>3) brak kontroli napadów pomimo zastosowania co najmniej trzech leków przeciwpadaczkowych, w dotychczasowej terapii (w odpowiedniej dawce przez odpowiedni czas);<br>4) obecna terapia przeciwpadaczkowa prowadzona z użyciem *klobazamu* lub równoczesne rozpoczęcie terapii *klobazamem* w momencie włączenia do programu;<br>5) prowadzenie dzienniczka napadów padaczkowych w okresie co najmniej 6 miesięcy przed włączeniem do programu lekowego;<br>6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL); | **1. Dawkowanie**<br>Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL).<br>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*.<br>Maksymalna dawka kannabidiolu to 10 mg/kg mc. podawana 2 x dobę (20 mg/kg mc./dobę). | **1. Badania przy kwalifikacji do leczenia**<br>1) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej;<br>2) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej;<br>3) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej.<br>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.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>**2.1.** W ramach monitorowania leczenia pacjent prowadzi odpowiedni dzienniczek. Zakres minimalnych wymaganych do oceny parametrów:<br>a) liczba napadów padaczkowych w miesiącu;<br>b) liczba dni bez napadów;<br>c) najdłuższy czas trwania napadu;<br>d) semiologia napadu; |

| | | |
|---|---|---|
| 7) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;<br>8) brak przeciwwskazań do stosowania *kannabidiolu* oraz *klobazamu* zgodnie z aktualną ChPL;<br>9) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią.<br>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>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.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie należy kontynuować do momentu podjęcia przez lekarza decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>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;<br>2) brak adekwatnej odpowiedzi ocenianej po każdych kolejnych 3 miesiącach leczenia *kannabidiolem* rozumianej jako | | e) nazwa, liczba i dawki przyjmowanych leków przerywających napad.<br><br>**2.2.** Po 1 miesiącu, po 3 – 4 miesiącach i po 6 – 7 miesiącach od pierwszego podania *kannabidiolu* należy wykonać:<br>1) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej;<br>2) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej;<br>3) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej.<br><br>**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.<br><u>Wskaźniki efektywności:</u><br>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*;<br>b) liczba dni bez napadów;<br>c) poprawa stanu klinicznego pacjenta w ocenie lekarza;<br>d) działania niepożądane.<br><br>Jeżeli terapia jest kontynuowana:<br>– powyższe badania laboratoryjne należy powtarzać co 3 - 6 miesięcy;<br>– 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;<br>3) niekorzystny stosunek korzyści do ryzyka;<br>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);<br>5) zakończenie stosowania *klobazamu*;<br>6) ciąża, z wyjątkiem sytuacji, gdy potencjalne korzyści dla matki wyraźnie przewyższają ryzyko dla płodu;<br>7) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;<br>8) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia zgodnie z decyzją lekarza;<br>9) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia;<br>10) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;<br>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:<br>1) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej;<br>2) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej;<br>3) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej.<br><br>**2. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ);<br>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.;<br>3) 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.<br>W programie finansuje się leczenie następującymi substancjami:<br>1) *selumetynib*;<br>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) wiek: ≥3 i ≤18 r.ż.;<br>2) powierzchnia ciała ≥0,55m²;<br>3) zdolność do połykania całych kapsułek bez niszczenia ich otoczki i wysypywania zawartości;<br>4) potwierdzone klinicznie lub molekularnie rozpoznanie NF-1 zgodnie z najnowszymi kryteriami konferencji konsensusu NIH-88;<br>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**<br>Zalecana dawka *selumetynibu* wynosi 25mg/m² powierzchni ciała, przyjmowana doustnie dwa razy na dobę (co około 12 godzin).<br>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).<br>Dopuszczalne jest zmniejszenie zalecanej dawki zgodnie z aktualną ChPL.<br>Każdy cykl leczenia trwa 28 dni. | **1. Badania przy kwalifikacji do leczenia**<br>1) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej;<br>2) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginowej;<br>3) oznaczenie stężenia albuminy;<br>4) oznaczenie stężenia bilirubiny;<br>5) ocena aktywności kinazy fosfokreatynowej;<br>6) oznaczenie stężenia kreatyniny;<br>7) oznaczenie stężenia hemoglobiny;<br>8) ocena koagulogramu;<br>9) pomiar ciśnienia tętniczego krwi;<br>10) ocena frakcji wyrzutowej lewej komory serca (LVEF):<br>a) wywiad w kierunku występowania zaburzeń czynności lewej komory serca u pacjentów z początkową wartością LVEF poniżej dolnej granicy normy (DGN);<br>b) echokardiografia – ocena LVEF (przed rozpoczęciem leczenia LVEF powinna być wyższa niż DGN);<br>11) ocena wolumetryczna PN w badaniu MR (wynik nie starszy niż dwa miesiące);<br>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.<br>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;<br>6) stan sprawności:<br>a) dorośli i dzieci w wieku co najmniej 16 lat stan sprawności co najmniej 70% w skali Karnofsky'ego,<br>b) dzieci w wieku poniżej 16 r.ż. co najmniej 70% w skali Lansky'ego;<br>7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (dalej ChPL);<br>8) nieobecność istotnych stanów i schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego, w oparciu o aktualną ChPL;<br>9) brak trwającej terapii przeciwnowotworowej niezależnie od przyczyny, w tym zawłaszcza: radioterapii, chemioterapii, terapii hormonalnej, przeciwnowotworowej immunoterapii lub terapii biologicznej;<br>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;<br>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;<br>13) pomiar wzrostu i masy dziecka z określeniem powierzchni ciała;<br>14) ocena ryzyka zadławienia kapsułką i zaburzeń połykania.<br><br>**2. Monitorowanie**<br>**2.1. Monitorowanie leczenia pacjentów**<br>1) ocena wolumetryczna PN w badaniu MR;<br>2) pomiar wzrostu i masy dziecka z określeniem powierzchni ciała (w celu dostosowania dawki leku);<br>3) echokardiografia - ocena frakcji wyrzutowej lewej komory serca (LVEF);<br>4) ocena okulistyczna;<br>5) badania laboratoryjne dotyczące wątroby:<br>a) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej,<br>b) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginowej,<br>c) oznaczenie stężenia albuminy,<br>d) oznaczenie stężenia bilirubiny;<br>6) ocena zmian skórnych i zaburzeń tkanki podskórnej;<br>7) ocena krzepliwości (w tym INR lub czas protrombinowy).<br>Badania wykonuje się:<br>1) nie rzadziej niż co 4 cykle leczenia w przypadku pacjentów przebywających w programie lekowym do 2 lat;<br>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);<br>12) upłynięcie co najmniej:<br>a) 4 tygodni od ewentualnego leczenia farmakologicznego z powodu PN oraz ustąpienie wszystkich ostrych działań niepożądanych,<br>b) upłynięcie co najmniej 6 tygodni od zastosowanej radioterapii,<br>c) upłynięcie co najmniej 4 tygodni od zabiegu chirurgicznego;<br>13) brak przeciwskazań do stosowania *selumetynibu*;<br>14) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią.<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br>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.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br>W związku z bezpieczeństwem stosowania leczenie może zostać czasowo wstrzymane zgodnie z zapisami aktualnej ChPL.<br>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.<br><br>**2.2. Monitorowanie skuteczności terapii**<br>Na podstawie wyników oceny wolumetrycznej PN w badaniu MR określa się dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym:<br>1) całkowitą odpowiedź (CR) rozumianą jako brak obecności wybranego do oceny PN;<br>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;<br>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;<br>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;<br>5) jakość życia wg kwestionariusza PedsQL;<br>6) ocena nasilenia bólu wg NRS-11 (ang. Numerical Rating Scale) oraz PII (ang. Pain Interferrence Index).<br><br>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.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>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;<br>2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na *selumetynib* lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>3) wystąpienie zagrażającej życiu lub nawrotowej toksyczności mimo zastosowania adekwatnego postępowania, zgodnie z zasadami zawartymi w aktualnej ChPL;<br>4) klinicznie istotne pogorszenie stanu sprawności ogólnej lub utrzymujący się stan sprawności:<br>a) niższy niż 70% według skali Karnofsky'ego w przypadku dorosłych i dzieci mających co najmniej 16 lat,<br>b) niższy niż 70% według skali Lansky'ego w przypadku dzieci poniżej 16 lat;<br>5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;<br>6) okres ciąży lub karmienia piersią;<br>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:<br>1) czas do progresji (PFS);<br>2) całkowity odsetek odpowiedzi w programie lekowym (ORR);<br>3) wskaźnik wzrostu PN (ang. PN growth rate).<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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:<br>1) *dupilumabem,*<br>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br>Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria:<br>1) wiek ≥ 18 lat;<br>2) potwierdzone zapalenie typu 2: tkankowa eozynofilia ≥ 10/wpw lub eozynofilia we krwi ≥ 150, lub IgE całkowite ≥ 100;<br>3) ciężkie przewlekłe zapalenie nosa i zatok przynosowych:<br>a) obustronne polipy nosa (potwierdzone badaniem endoskopowym) – wynik w skali NPS ≥5,<br>b) wynik w skali SNOT-22 ≥40;<br>4) brak kontroli choroby stwierdzonej przez lekarza prowadzącego mimo stosowania kortykosteroidów ogólnoustrojowych lub przeciwwskazania do ich zastosowania (zgodnie z zaleceniami EUFOREA 2023);<br>5) co najmniej 2 zabiegi chirurgiczne zatok przynosowych z otwarciem co najmniej 3 zatok w tym sitowia tylnego (zatoki sitowej tylnej) udokumentowane w wywiadzie (ostatni zabieg wykonany co najmniej 6 miesięcy przed włączeniem do | **1. Dawkowanie**<br>Dawka początkowa zalecana i jednocześnie maksymalna dupilumabu u dorosłych pacjentów to podanie 300 mg.<br>Następnie dawka podtrzymująca zalecana i jednocześnie maksymalna to podanie 300 mg co dwa tygodnie.<br><br>**2. Modyfikacja dawkowania**<br>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.<br><br>**3. Kontynuacja leczenia w warunkach domowych**<br>Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe. | **1. Badania przy kwalifikacji pacjenta do programu:**<br>1) badanie tomografii komputerowej zatok wykonane maksymalnie na 6 miesięcy przed włączeniem do programu lekowego;<br>2) ocena wielkości polipów nosa w skali NPS w badaniu endoskopowym (aktualny wynik- ważności badania maksymalnie 4 tygodnie);<br>3) ocena jakości życia przy wykorzystaniu testu SNOT-22;<br>4) pomiar eozynofilii tkankowej lub eozynofilii we krwi lub całkowitego stężenienia IgE (aktualne wyniki– ważność badań maksymalnie 4 tygodnie);<br>5) morfologia krwi i badania biochemiczne:<br>a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,<br>b) oznaczenie stężenia mocznika w surowicy krwi,<br>c) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP),<br>d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),<br>e) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); |

| | | |
|---|---|---|
| programu) lub przeciwwskazania do operacji zgodnymi z obowiązującymi przeciwskazaniami do zabiegu chirurgicznego w PZZPzPN (kwestionariuszem kwalifikacji do zabiegu);<br>6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL);<br>7) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;<br>8) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną ChPL;<br>9) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią.<br>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.<br><br>**2. Czas leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br>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 może zdecydować o ponownym rozpoczęciu podawania leku w przypadku istotnego pogorszenia kontroli choroby. | Pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty w odstępach zgodnych z punktami monitorowania leczenia.<br>Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego.<br>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<br>Pacjent otrzymuje leki w ośrodku prowadzącym terapię zapalenia nosa i zatok przynosowych danego pacjenta na okres pomiędzy wizytami w ośrodku. | 6) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu;<br>7) ocena nasilenia objawów w skali NPS (w oparciu o wyniki badania endoskopowego) oraz SNOT-22;<br>8) badania diagnostyczne mające na celu wykluczenie zakażeń pasożytniczych;<br>9) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym).<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>**Po 24 tygodniach (+/- 14 dni) od pierwszego podania substancji czynnej, a następnie po 4 miesiącach należy wykonać:**<br>1) morfologię krwi i badania biochemiczne:<br>a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,<br>b) oznaczenie stężenia mocznika w surowicy krwi,<br>c) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP),<br>d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),<br>e) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);<br>2) ocenę ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu;<br>3) ocenę skuteczności zastosowanej terapii (zgodnie z zaleceniami EUFOREA2023) wg:<br>a) redukcji wielkości polipów nosa na podstawie skali NPS,<br>b) redukcji zapotrzebowania na kortykosteroidy ogólnoustrojowe,<br>c) poprawy jakości życia na podstawie skali SNOT-22, |

| | | |
|---|---|---|
| **3. Kryteria wyłączenia**<br>1) brak skuteczności, ocenianej zgodnie z harmonogramem monitorowania skuteczności leczenia pacjenta, rozumianej jako niespełnienie przynajmniej jednego z kryteriów:<br>– obniżenie wyniku w skali NPS o ≥1 pkt (w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia dupilumabem),<br>– obniżenie wyniku w skali SNOT-22 o ≥8,9 pkt (w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia dupilumabem),<br>– redukcji zapotrzebowania na kortykosteroidy ogólnoustrojowe,<br>– zmniejszenia wpływu chorób współistniejących;<br>2) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;<br>3) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą;<br>4) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;<br>5) wystąpienie zagrażającej życiu lub nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;<br>6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów. | | d) zmniejszenia wpływu chorób współistniejących;<br><br>**3. Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa**<br>Jeżeli terapia jest kontynuowana należy wykonać co najmniej raz na 4 miesiące:<br>1) morfologię krwi i badania biochemiczne:<br>a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,<br>b) oznaczenie stężenia mocznika w surowicy krwi,<br>c) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP),<br>d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),<br>e) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);<br>2) ocenę ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu;<br>3) ocenę skuteczności zastosowanej terapii (zgodnie z zaleceniami EUFOREA2023) wg:<br>a) redukcji wielkości polipów nosa na podstawie skali NPS w badaniu endoskopowym,<br>b) redukcji zapotrzebowania na kortykosteroidy ogólnoustrojowe,<br>c) poprawy jakości życia na podstawie skali SNOT-22,<br>d) zmniejszenia wpływu chorób współistniejących.<br>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 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.<br><br>**4. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) przekazywanie informacji 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:<br>*1) rytuksymab,*<br>*2) efgartigimod alfa,*<br>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) wiek: 18 lat i powyżej;<br>2) rozpoznanie miastenii uogólnionej (myasthenia gravis, MG), według Myasthenia Gravis Foundation of America (MGFA): klasa II, III lub IV;<br>3) całkowity wynik w skali MG-działania życia codziennego (MG-ADL) ≥ 5; minimum 50% uzyskanych punktów z objawów pozaocznych;<br>4) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL;<br>5) brak istotnych chorób współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;<br>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.<br><br>**1. Dawkowanie rytuksymabu**<br><u>Leczenie inicjujące:</u><br>Maksymalna dawka rytuksymabu (i.v.):<br>a) 375 mg/m$^2$ pow. ciała podawana co tydzień przez 4 kolejne tygodnie,<br>lub<br>b) dwie dawki po 1 g w odstępie 2 tygodni.<br><br><u>Leczenie podtrzymujące:</u><br>Maksymalna dawka rytuksymabu (i.v.):<br>a) 375 mg/m$^2$ pow. ciała,<br>lub<br>b) 500 mg.<br>podawane w odstępach minimum 6 miesięcy. | **1. Badania przy kwalifikacji do leczenia**<br>1) ocena stopnia nasilenia choroby przy wykorzystaniu kwestionariusza MG-ADL wraz z określeniem wartości w punkcie początkowym;<br>2) w przypadku braku wcześniejszego wyniku oznaczenie statusu serologicznego miastenii;<br>3) oznaczenie stężenia immunoglobulin IgG, IgM;<br>4) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej;<br>5) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej;<br>6) morfologia krwi z rozmazem;<br>7) oznaczenie stężenia kreatyniny;<br><u>dotyczy terapii rytuksymabem:</u><br>8) oznaczenie poziomu limfocytów B CD19/CD20;<br>9) badanie CRP;<br>10) test na obecność HBsAg;<br>11) oznaczenie poziomu przeciwciał anty-HBs, anty-HBc, anty-HCV;<br>12) badanie ogólne moczu;<br>13) test ciążowy;<br>14) test Quantiferon; |

| | | |
|---|---|---|
| **1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii rytuksymabem**<br>1) dodatni wynik badania na obecność przeciwciał przeciwko receptorowi acetylocholiny (AChR, ARAB)<br>lub dodatni wynik badania na obecność przeciwciał przeciwko białku związanemu z receptorem lipoproteiny o niskiej gęstości 4 (anty-LRP4)<br>lub dodatni wynik przeciwciał przeciwko swoistej dla mięśni kinazie tyrozynowej (MuSK)<br>lub w przypadku pacjentów seronegatywnych stwierdzenie zaburzeń transmisji nerwowo-mięśniowej wykazane w przeszłości lub obecnie w badaniu metodą elektrostymulacyjnej próby męczliwości (próbie miasthenicznej) lub elektromiografii pojedynczego włókna mięśniowego (SFEMG)<br>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.<br>3) w przypadku pacjentów AChR-dodatnich, LRP4-dodatnich lub seronegatywnych wysoka aktywność choroby, stwierdzona na podstawie spełnienia co najmniej jednego z poniższych kryteriów:<br>a) u pacjentów w pierwszym roku po zachorowaniu utrzymujące się objawy istotnie utrudniające codzienne funkcjonowanie (MGFA≥IIb) pomimo odpowiedniego leczenia objawowego i immunosupresyjnego,<br>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.<br><br>**2. Dawkowanie efgartigimodu alfa**<br>Zalecana dawka to 10 mg/kg masy ciała w postaci wlewu dożylnego podawanego w cyklach raz w tygodniu przez 4 tygodnie.<br>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;<br>16) w przypadku pozytywnego wyniku testu na obecność HBsAg, anty-HBc, anty-HCV, Quantiferon konsultacja u specjalisty chorób zakaźnych.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>**2.1.** Każdorazowo przed podaniem rytuksymabu należy wykonać:<br>1) oznaczenie stężenia immunoglobulin IgG, IgM;<br>2) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej;<br>3) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej;<br>4) morfologia krwi z rozmazem;<br>5) oznaczenie poziomu limfocytów B CD19/CD20;<br>6) badanie CRP;<br>7) test na obecność HBsAg;<br>8) oznaczenie poziomu przeciwciał anty-HBs, anty-HBc, anty-HCV;<br>9) badanie ogólne moczu;<br>10) test ciążowy;<br>11) badanie EKG;<br>12) w przypadku pozytywnego wyniku testu na obecność HBsAg, anty-HBc, anty-HCV konsultacja u specjalisty chorób zakaźnych.<br><br>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.<br><br>**2.2.** Przed rozpoczęciem cyklu leczenia efgartigimodem alfa należy |

| | | |
|---|---|---|
| odpowiedniego leczenia objawowego i immunosupresyjnego,<br>c) utrzymujące się objawy istotnie utrudniające codzienne funkcjonowanie (MGFA≥IIa) przez co najmniej 2 poprzednie lata pomimo odpowiedniego leczenia objawowego i immunosupresyjnego;<br>4) brak przeciwwskazań do stosowania rytuksymabu zgodnie z aktualną ChPL;<br>5) u pacjentów seronegatywnych (bez AChRAb, MuSKAb, LRP4Ab) brak podstaw do rozpoznania genetycznie uwarunkowanego wrodzonego zespołu miastenicznego lub zespołu miastenicznego Lamberta-Eatona<br><br>Kryteria kwalifikacji w punkcie 1 oraz 1.2. muszą być spełnione łącznie.<br><br>**1.3. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia efgartigimodem alfa**<br>1) dodatni wynik badania na obecność przeciwciał przeciwko receptorowi acetylocholiny (AChR);<br>2) pacjenci objawowi pomimo leczenia miastenii i w historii interwencji farmakologicznych odnotowano poniższe terapie:<br>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<br>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:<br>1) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej;<br>2) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej;<br>3) oznaczenie stężenia kreatyniny;<br>4) morfologię krwi z rozmazem.<br><br>Maksymalnie 12 tygodni po rozpoczęciu pierwszego cyklu leczenia konsultacja neurologiczna z oceną konieczności podania drugiego cyklu leczenia.<br>Oceny skuteczności leczenia na podstawie redukcji stopnia nasilenia choroby przy wykorzystaniu kwestionariusza MG-ADL dokonuje się po drugim i każdym kolejnym cyklu leczenia.<br>Ocenę skuteczności leczenia należy wykonać po co najmniej 8 tygodniach od rozpoczęcia cyklu leczenia jednak nie później niż po 12 tygodniach.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) ocena skuteczności:<br>a) wskaźniki efektywności:<br>- zmiana wyniku w skali MG-ADL w stosunku do wartości w punkcie początkowym;<br>2) ocena bezpieczeństwa<br>a) monitorowanie działań niepożądanych;<br>3) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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<br>lub udokumentowane przeciwwskazania do stosowania w/w terapii,<br>lub brak tolerancji w/w terapii zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;<br>3) brak przeciwwskazań do stosowania efgartigimodu alfa zgodnie z aktualną ChPL.<br><br>Kryteria kwalifikacji w punkcie 1 oraz 1.3. muszą być spełnione łącznie.<br><br>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.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>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.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>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:<br>a) wynik w skali MG-ADL w punkcie początkowym,<br>b) wynik w skali MG-ADL podczas oceny skuteczności;<br>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;<br>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;<br>3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają kontynuację leczenia;<br>4) wystąpienie działań niepożądanych, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają kontynuację leczenia;<br>5) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia;<br>6) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;<br>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.<br>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.<br>W programie finansuje się leczenie olipudazą alfa zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br>**1.1. Dzieci:**<br>1) wiek < 18. roku życia;<br>2) rozpoznanie ASMD typu A/B lub B na podstawie braku lub niedoboru aktywności enzymu kwaśnej sfingomielinazy, potwierdzone badaniem genetycznym;<br>3) objętość śledziony lub jej fragmentu (u pacjentów z częściową splenektomią) ≥ 5 wielokrotności objętości prawidłowej mierzonej za pomocą rezonansu magnetycznego (MRI);<br>4) wzrost Z-score ≤− 1; | **1. Dawkowanie**<br>Sposób podawania, oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL).<br><br>**Zalecane dawkowanie:**<br>**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.<br>**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:<br>I dawka (Dzień 1/Tydzień 0) 0,1 mg/kg mc.,<br>II dawka (Tydzień 2) 0,3 mg/kg mc.,<br>III dawka (Tydzień 4) 0,3 mg/kg mc.,<br>IV dawka (Tydzień 6) 0,6 mg/kg mc.,<br>V dawka (Tydzień 8) 0,6 mg/kg mc.,<br>VI dawka (Tydzień 10) 1 mg/kg mc., | **1. Badania przy kwalifikacji do leczenia**<br>1) badanie aktywności enzymu kwaśnej sfingomielinazy;<br>2) analiza genu SMPD1;<br>3) badanie poziomu biomarkera Lyso- sphyngomyelin;<br>4) badanie zdolności dyfuzyjnej płuc dla tlenku węgla (DLco) – u pacjentów w wieku ≥ 18. roku życia;<br>5) badanie aktywności chitotriozydazy;<br>6) morfologia krwi z rozmazem;<br>7) oznaczenie czasu częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT);<br>8) oznaczenie czasu protrombinowego (INR);<br>9) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej i sprzężonej;<br>10) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);<br>11) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);<br>12) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej;<br>13) lipidogram – oznaczenie cholesterolu całkowitego, triglicerydów, cholesterolu frakcji LDL i HDL;<br>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.** <u>Pacjenci z BMI > 30:</u>

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.<br><br>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.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br><br>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.<br><br>Przedłużenie leczenia następuje, co 6 miesięcy, decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia**<br><br>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;<br>2) znaczna progresja choroby pomimo podjętego leczenia;<br>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;<br>2) badanie poziomu biomarkera Lyso- sphyngomyelin;<br>3) lipidogram – oznaczenie cholesterolu całkowitego, triglicerydów, cholesterolu frakcji LDL i HDL;<br>4) elektrokardiografia (EKG);<br>5) badanie RTG płuc lub w uzasadnionych przypadkach HRCT – w uzasadnionych przypadkach;<br>6) spirometria (u pacjentów współpracujących, jeżeli istnieje możliwość wykonania badania) - w uzasadnionych przypadkach;<br>7) badanie densytometryczne kości (DXA) – w uzasadnionych przypadkach;<br>8) badanie RTG (MRI w uzasadnionych przypadkach) kości długich - w uzasadnionych przypadkach;<br>9) konsultacja neurologiczna;<br>10) konsultacja pulmonologiczna - w uzasadnionych przypadkach;<br>11) konsultacja ortopedyczna - w uzasadnionych przypadkach.<br><br>**3. Ocena skuteczności leczenia:**<br><br>**3.1.** Wskaźniki efektywności leczenia:<br><br>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;<br>5) okres ciąży i karmienie piersią;<br>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,<br>**3.2.** Oczekiwane korzyści zdrowotne (wartości dla wskaźników efektywności:<br>a) zmniejszenie objętości wątroby i śledziony u pacjentów leczonych olipudazą alfa,<br>b) zmniejszenie objawu „mlecznego szkła" i zmniejszenie wyniku ILD – jeśli dotyczy.<br>Weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o w/w kryteria oraz ocenę stanu klinicznego pacjenta dokonywaną przez Zespół Koordynacyjny.<br>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.<br><br>**4. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawienie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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.;<br>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.<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) rozpoznanie histologiczne raka gruczołowego lub gruczołowo-płaskonabłonkowego lub płaskonabłonkowego;<br>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;<br>3) potwierdzona ekspresja PD-L1 z CPS (combined positive score) ≥1, oznaczona zwalidowanym testem;<br>4) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według aktualnej klasyfikacji RECIST;<br>5) wiek powyżej 18 roku życia;<br>6) stan sprawności 0-1 według skali ECOG;<br>7) nieobecność innych nowotworów niekontrolowanych leczeniem; | **1. Dawkowanie**<br>**1.1. Pembrolizumab**<br>Pembrolizumab stosowany w skojarzeniu z paklitakselem i cisplatyną lub z paklitakselem i karboplatyną, z bewacyzumabem lub bez bewacyzumabu<br>Zalecana dawka pembrolizumabu:<br>200 mg co 3 tygodnie lub 400 mg co 6 tygodni.<br>Chemioterapia:<br>paklitaksel w dawce 175 mg/m$^2$ pc. + cisplatyna w dawce 50 mg/m$^2$ pc.<br>albo<br>paklitaksel w dawce 175 mg/m$^2$ pc. + cisplatyna w dawce 50 mg/m$^2$ pc.+ bewacyzumab w dawce 15 mg/kg mc.,<br>albo<br>paklitaksel w dawce 175 mg/m$^2$ pc. + karboplatyna 5 mg/ml/min.,<br>albo | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) histologiczne potwierdzenie określonego typu raka szyjki macicy;<br>2) potwierdzenie zwalidowanym testem ekspresji PD-L1 wg CPS (combined positive score);<br>3) morfologia krwi z rozmazem;<br>4) oznaczenie stężenia kreatyniny i klirensu kreatyniny;<br>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;<br>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;<br>7) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej;<br>8) oznaczenie INR lub czasu protrombinowego (w przypadku leczenia skojarzonego z bewcyzumabem);<br>9) oznaczenie czasu częściowej tromboplastyny lub czasu częściowej tromboplastyny po aktywacji (w przypadku leczenia skojarzonego z bewcyzumabem);<br>10) oznaczenie stężenia TSH, fT3 i fT4;<br>11) badanie ogólne moczu;<br>12) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym);<br>13) elektrokardiogram (EKG);<br>14) pomiar ciśnienia tętniczego; |

| | | |
|---|---|---|
| 8) nieobecność objawowych przerzutów do OUN;<br>9) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;<br>10) brak przeciwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL);<br>11) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzone przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;<br>12) zgoda pacjentki na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL;<br>13) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią.<br>Kryteria kwalifikacji musza być spełnione łącznie.<br><br>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.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>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.<br><br>**2. Modyfikacja dawkowania leków**<br>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);<br>16) inne badania laboratoryjne i obrazowe w razie wskazań klinicznych.<br><br>Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów RECIST.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>**2.1. Monitorowanie bezpieczeństwa**<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) oznaczenie stężenia kreatyniny i klirensu kreatyniny;<br>3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;<br>4) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;<br>5) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej;<br>6) oznaczenie INR i czasu protrombinowego (w przypadku leczenia skojarzonego z bewcyzumabem);<br>7) badanie czasu częściowej tromboplastyny po aktywacji (w przypadku leczenia skojarzonego z bewcyzumabem);<br>8) oznaczenie stężenia TSH, fT3 i fT4;<br>9) badanie ogólne moczu;<br>10) inne badania laboratoryjne i obrazowe w razie wskazań klinicznych.<br>Badania wykonuje się przed rozpoczęciem każdego kolejnego cyklu terapii.<br><br>**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;<br>3) obniżenie sprawności do stopnia 2-4 według skali ECOG;<br>4) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;<br>5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;<br>6) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;<br>7) okres ciąży lub karmienia piersią;<br>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.<br>Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej do wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia.<br>Badania należy wykonywać co 12 tygodni lub częściej w zależności od sytuacji klinicznej.<br>Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia lekarz prowadzący określa dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym:<br>a) całkowitą (CR) lub częściową odpowiedź (PR) na leczenie,<br>b) stabilizację (SD) lub progresję choroby (PD),<br>c) całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS).<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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. |

# 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 Richter, tabl. powl., 500 mg | 60 szt. | 05909991484651 | <1>2022-11-01/<2>2023-03-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1121.0, Octan abirateronu | 3150,00 | 3402,00 | 3606,12 | 3434,40 | <1>C.87.a.; <2>C.87.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 9 | Abirateroni 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 |
| 10 | 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 |
| 11 | 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 |
| 12 | 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 |
| 13 | 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 |
| 14 | Abirateronum | Abiraterone Zentiva, tabl. powl., 500 mg | 60 szt. | 05909991469986 | <1>2022-11-01/<2>2023-03-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1121.0, Octan abirateronu | 3208,00 | 3464,64 | 3672,52 | 3434,40 | <1>C.87.a.; <2>C.87.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 15 | Abirateronum | Zytiga, tabl. 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 |
| 16 | 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 |
| 17 | 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 |
| 18 | Acidum zoledronicum | Osporil, roztwór do infuzji, 4 mg/100 ml | 1 fiol.po 100 ml | 05909991228392 | <1>2021-05-01/<2>2023-05-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1117.0, bisfosfoniany - kwas zoledronowy | 85,00 | 91,80 | 97,31 | 91,58 | <1>C.68.; <2>C.68.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 19 | Acidum zoledronicum | Zoledronic Acid Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml | 1 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 |
| 20 | Acidum zoledronicum | Zoledronic Acid Accord, roztwór do infuzji, 4 mg/100 ml | 1 worek po 100 ml | 05909991377717 | <1>2022-01-01/<2>2024-01-01 | <1>3 lata/<2>1 rok | 1117.0, bisfosfoniany - kwas zoledronowy | 77,00 | 83,16 | 88,15 | 88,15 | <1>C.68.; <2>C.68.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 21 | Acidum zoledronicum | Zoledronic Acid Noridem, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml | 1 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 |

| 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 | Acidum zoledronicum | Zomikos, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml | 1 fiol.po 5 ml | 05909990948994 | <1>2021-07-01/<2>2023-05-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1117.0, bisfosfoniany - kwas zoledronowy | 83,00 | 89,64 | 95,02 | 91,58 | <1>C.68.; <2>C.68.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 23 | Anagrelidum | Anagrelide Accord, kaps. twarde, 0,5 mg | 100 szt. | 05909991359850 | 2021-11-01 | 3 lata | 1053.0, Anagrelidum | 500,00 | 540,00 | 572,40 | 457,92 | C.72. | bezpłatny | 0 zł |
| 24 | Anagrelidum | Anagrelide Accord, kaps. twarde, 1 mg | 100 szt. | 05909991359867 | 2021-11-01 | 3 lata | 1053.0, Anagrelidum | 1000,00 | 1080,00 | 1144,80 | 915,84 | C.72. | bezpłatny | 0 zł |
| 25 | Anagrelidum | Anagrelide Bluefish, kapsułki twarde, 0,5 mg | 100 szt. | 05909991422929 | 2021-09-01 | 3 lata | 1053.0, Anagrelidum | 220,00 | 237,60 | 251,86 | 251,86 | C.72. | bezpłatny | 0 zł |
| 26 | Anagrelidum | Anagrelide Glenmark, kapsułki twarde, 0,5 mg | 100 szt. | 05902020241652 | 2021-11-01 | 3 lata | 1053.0, Anagrelidum | 380,00 | 410,40 | 435,02 | 435,02 | C.72. | bezpłatny | 0 zł |
| 27 | Anagrelidum | Anagrelide Ranbaxy, kapsułki twarde, 0,5 mg | 100 szt. | 05909991362140 | 2021-11-01 | 3 lata | 1053.0, Anagrelidum | 400,00 | 432,00 | 457,92 | 457,92 | C.72. | bezpłatny | 0 zł |
| 28 | Anagrelidum | Anagrelide Stada, kaps. twarde, 0,5 mg | 100 szt. | 05909991355135 | 2022-03-01 | 3 lata | 1053.0, Anagrelidum | 449,00 | 484,92 | 514,02 | 457,92 | C.72. | bezpłatny | 0 zł |
| 29 | Anagrelidum | Anagrelide Vipharm, kaps. twarde, 0,5 mg | 100 szt. | 05909991354480 | 2021-05-01 | 3 lata | 1053.0, Anagrelidum | 510,00 | 550,80 | 583,85 | 457,92 | C.72. | bezpłatny | 0 zł |
| 30 | Anagrelidum | Anagrelide Vipharm, kaps. twarde, 1 mg | 100 szt. | 05909991354503 | 2021-05-01 | 3 lata | 1053.0, Anagrelidum | 1020,00 | 1101,60 | 1167,70 | 915,84 | C.72. | bezpłatny | 0 zł |
| 31 | Anagrelidum | Thromboreductin, kaps., 0,5 mg | 100 szt. | 05909990670154 | 2022-01-01 | 3 lata | 1053.0, Anagrelidum | 450,00 | 486,00 | 515,16 | 457,92 | C.72. | bezpłatny | 0 zł |
| 32 | Aprepitantum | Aprepitant Accord, kaps. twarde, 125 mg; 80 mg | 3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg) | 05909991400576 | 2023-09-01 | 3 lata | 1114.0, Aprepitant | 60,00 | 64,80 | 68,69 | 68,69 | C.0.12. | bezpłatny | 0 zł |
| 33 | Aprepitantum | Aprepitant Mylan, kaps. twarde, 125 mg; 80 mg | 3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg) | 05909991352547 | 2023-09-01 | 3 lata | 1114.0, Aprepitant | 60,00 | 64,80 | 68,69 | 68,69 | C.0.12. | bezpłatny | 0 zł |
| 34 | Aprepitantum | Aprepitant Sandoz, kaps. twarde, 125 mg; 80 mg | 3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg) | 05909991360818 | 2022-11-01 | 3 lata | 1114.0, Aprepitant | 85,00 | 91,80 | 97,31 | 68,69 | C.0.12. | bezpłatny | 0 zł |
| 35 | Aprepitantum | Aprepitant Stada, kaps. twarde, 125 mg; 80 mg | 3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg) | 05909991412715 | 2021-05-01 | 3 lata | 1114.0, Aprepitant | 55,00 | 59,40 | 62,96 | 62,96 | C.0.12. | bezpłatny | 0 zł |
| 36 | Aprepitantum | Emend, kaps. twarde, 125 mg; 80 mg | 3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg) | 05909990007387 | 2020-09-01 | 5 lat | 1114.0, Aprepitant | 60,00 | 64,80 | 68,69 | 68,69 | C.0.12. | bezpłatny | 0 zł |
| 37 | Arsenii trioxidum | Arsenic trioxide Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml | 10 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 |
| 38 | Arsenii trioxidum | Trisenox, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml | 10 fiolek po 6 ml | 05909991404406 | <1><2>2022-03-01/<3>2024-04-01 | 3 lata | 1109.0, Trójtlenek arsenu | 7850,00 | 8478,00 | 8986,68 | 8986,68 | <1>C.65.a.; <2>C.65.b.; <3>C.65.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 39 | Azacitidine | Azacitidine Mylan, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 25 mg/ml | 1 fiol. a 100 mg | 05901797710859 | <1>2021-05-01/<2>2023-05-01 | 3 lata | 1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna | 390,00 | 421,20 | 446,47 | 446,47 | <1>C.69.a.; <2>C.69.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 40 | 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 |
| 41 | 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 |
| 42 | Azacitidinum | Azacitidine Pharmascience, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 25 mg/ml | 1 fiol. a 100 mg | 05909991452001 | <1>2021-07-01/<2>2023-07-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna | 391,00 | 422,28 | 447,62 | 447,62 | <1>C.69.a.; <2>C.69.b. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Wysokość limitu finansowania | Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10) | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 43 | Azacitidinum | Azacitidine Pharmascience, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 25 mg/ml | 1 fiol. a 150 mg | 05909991451998 | <1>2021-07-01/<2>2023-07-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna | 578,00 | 624,24 | 661,69 | 661,69 | <1>C.69.a.; <2>C.69.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 44 | 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 |
| 45 | Azacitidinum | Azacitidine STADA, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 25 mg/ml | 1 fiol. a 100 mg | 05909991463489 | 2022-09-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna | 380,00 | 410,40 | 435,02 | 435,02 | <1>C.69.a.; <2>C.69.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 46 | Azacitidinum | Gerodaza, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 25 mg/ml | 1 fiol. a 100 mg | 09008732013641 | 2022-09-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna | 380,00 | 410,40 | 435,02 | 435,02 | <1>C.69.a.; <2>C.69.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 47 | Bendamustini hydrochloridum | Bendamustine Accord, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml | 5 fiol.po 100 mg | 05909991198183 | 2022-01-01 | 3 lata | 1115.0, Bendamustyna | 1450,00 | 1566,00 | 1659,96 | 1659,96 | C.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 48 | Bendamustini hydrochloridum | Bendamustine Accord, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml | 5 fiol.po 25 mg | 05909991198145 | 2022-01-01 | 3 lata | 1115.0, Bendamustyna | 362,50 | 391,50 | 414,99 | 414,99 | C.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 49 | Bendamustini hydrochloridum | Bendamustine Glenmark, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml | 5 fiol. (100 mg) | 05902020241508 | 2023-09-01 | 3 lata | 1115.0, Bendamustyna | 2075,00 | 2241,00 | 2375,46 | 1659,96 | C.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 50 | Bendamustini hydrochloridum | Bendamustine Glenmark, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml | 5 fiol. (25 mg) | 05902020241492 | 2023-09-01 | 3 lata | 1115.0, Bendamustyna | 518,75 | 560,25 | 593,87 | 414,99 | C.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 51 | Bendamustini hydrochloridum | Bendamustine Zentiva, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml | 5 fiol.po 100 mg | 05909991267285 | 2022-01-01 | 3 lata | 1115.0, Bendamustyna | 776,00 | 838,08 | 888,36 | 888,36 | C.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 52 | Bendamustini hydrochloridum | Bendamustine Zentiva, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml | 5 fiol.po 25 mg | 05909991267292 | 2022-01-01 | 3 lata | 1115.0, Bendamustyna | 194,00 | 209,52 | 222,09 | 222,09 | C.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 53 | Bevacizumabum | Alymsys, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml | 1 fiol.a 16 ml | 08436596260047 | <1><3>2021-09-01/<2>2023-09-01/<4>2022-11-01 | <1><3>3 lata/<2><4>2 lata | 1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab | 1700,00 | 1836,00 | 1946,16 | 1946,16 | <1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 54 | Bevacizumabum | Alymsys, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml | 1 fiol.a 4 ml | 08436596260030 | <1><3>2021-09-01/<2><5>2023-09-01/<4>2022-11-01 | <1><3>3 lata/<2><4><5>2 lata | 1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab | 425,00 | 459,00 | 486,54 | 486,54 | <1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 55 | Bevacizumabum | Avastin, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/4 ml | 1 fiol.po 4 ml | 05909990010486 | <1>2023-05-01/<2>2022-07-01/<3>2022-05-01/<4>2023-07-01 | 2 lata | 1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab | 1085,00 | 1171,80 | 1242,11 | 486,54 | <1>C.82.b.; <2>C.82.c.; <3>C.82.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 56 | Bevacizumabum | Avastin, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 400 mg/16 ml | 1 fiol.po 16 ml | 05909990010493 | <1>2023-05-01/<2>2022-07-01/<3>2022-05-01 | 2 lata | 1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab | 4340,00 | 4687,20 | 4968,43 | 1946,16 | <1>C.82.b.; <2>C.82.c.; <3>C.82.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 57 | Bevacizumabum | Mvasi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml | 1 fiol.a 16 ml | 08715131021870 | <1><3>2024-01-01/<2>2023-09-01/<4>2022-09-01 | 2 lata | 1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab | 2005,40 | 2165,83 | 2295,78 | 1946,16 | <1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.d. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Wysokość limitu finansowania | Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10) | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 58 | Bevacizumabum | Mvasi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml | 1 fiol.a 4 ml | 08715131021863 | <1><3>2024-01-01/<2>2023-09-01/<4>2022-09-01/<5>2023-07-01 | 2 lata | 1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab | 501,35 | 541,46 | 573,94 | 486,54 | <1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 59 | Bevacizumabum | Oyavas, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml | 1 fiol.a 16 ml | 05909991451349 | <1><3>2022-03-01/<2>2024-04-01/<4>2023-01-01 | <1><3>3 lata/<2><4>2 lata | 1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab | 1690,00 | 1825,20 | 1934,71 | 1934,71 | <1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 60 | Bevacizumabum | Oyavas, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml | 1 fiol.a 4 ml | 05909991451332 | <1><3>2022-03-01/<2><5>2024-04-01/<4>2023-01-01 | <1><3>3 lata/<2><4><5>2 lata | 1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab | 422,50 | 456,30 | 483,68 | 483,68 | <1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 61 | Bevacizumabum | Vegzelma, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml | 1 fiol.a 16 ml | 05996537007047 | 2023-07-01 | 2 lata | 1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - 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 | Bewacyzumab | Abevmy, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml | 1 fiol.a 16 ml | 05901797710989 | <1><3>2021-11-01/<2>2023-11-01/<4>2022-11-01 | <1><3>3 lata/<2><4>2 lata | 1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - 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 |
| 64 | Bewacyzumab | Abevmy, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml | 1 fiol.a 4 ml | 05901797710972 | <1><3>2021-11-01/<2><5>2023-11-01/<4>2022-11-01 | <1><3>3 lata/<2><4><5>2 lata | 1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - 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 |
| 65 | 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 |
| 66 | Bicalutamidum | Binabic, tabl. powl., 150 mg | 28 szt. | 05909990697427 | 2022-05-01 | 3 lata | 1002.0, Bicalutamidum | 136,00 | 146,88 | 155,69 | 151,11 | C.2. | bezpłatny | 0 zł |
| 67 | Bicalutamidum | Binabic, tabl. powl., 50 mg | 28 szt. | 05909990696963 | 2022-11-01 | 3 lata | 1002.0, Bicalutamidum | 47,50 | 51,30 | 54,38 | 50,37 | C.2. | bezpłatny | 0 zł |
| 68 | Bleomycini sulphas | Bleomedac, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 15000 IU/fiolkę | 1 fiol.po 10 ml | 05909990946983 | 2022-07-01 | 3 lata | 1003.0, Bleomycinum | 103,40 | 111,67 | 118,37 | 118,37 | C.3. | bezpłatny | 0 zł |
| 69 | Bortezomibum | Bortezomib Accord, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg | 1 fiol. 6 ml | 05055565749142 | 2023-01-01 | 3 lata | 1054.0, Bortezomib | 200,00 | 216,00 | 228,96 | 131,65 | C.76. | bezpłatny | 0 zł |
| 70 | Bortezomibum | Bortezomib Accord, roztwór do wstrzykiwań, 2,5 mg/ml | 1 fiol. 1 ml | 05055565779859 | 2023-05-01 | 3 lata | 1054.0, Bortezomib | 400,00 | 432,00 | 457,92 | 329,13 | C.76. | bezpłatny | 0 zł |
| 71 | Bortezomibum | Bortezomib Accord, roztwór do wstrzykiwań, 2,5 mg/ml | 1 fiol. 1,4 ml | 05055565774137 | 2023-05-01 | 3 lata | 1054.0, Bortezomib | 560,00 | 604,80 | 641,09 | 460,78 | C.76. | bezpłatny | 0 zł |
| 72 | Bortezomibum | Bortezomib Accord, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg | 1 fiol. | 05055565718339 | 2021-09-01 | 3 lata | 1054.0, Bortezomib | 600,00 | 648,00 | 686,88 | 460,78 | C.76. | bezpłatny | 0 zł |
| 73 | Bortezomibum | Bortezomib Adamed, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg | 1 fiol. | 05906414000771 | 2021-11-01 | 3 lata | 1054.0, Bortezomib | 279,00 | 301,32 | 319,40 | 131,65 | C.76. | bezpłatny | 0 zł |
| 74 | Bortezomibum | Bortezomib Adamed, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2,5 mg | 1 fiol. | 05900411003193 | 2023-03-01 | 3 lata | 1054.0, Bortezomib | 560,00 | 604,80 | 641,09 | 329,13 | C.76. | bezpłatny | 0 zł |
| 75 | Bortezomibum | Bortezomib Adamed, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg | 1 fiol. | 05906414000788 | 2021-11-01 | 3 lata | 1054.0, Bortezomib | 945,00 | 1020,60 | 1081,84 | 460,78 | C.76. | bezpłatny | 0 zł |
| 76 | Bortezomibum | Bortezomib Aurovitas/Bortezomib Eugia, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg | 1 fiol. | 05909991451813 | 2022-07-01 | 3 lata | 1054.0, Bortezomib | 120,00 | 129,60 | 137,38 | 137,38 | C.76. | bezpłatny | 0 zł |
| 77 | Bortezomibum | Bortezomib Fresenius Kabi, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg | 1 fiol. | 04052682057427 | 2022-11-01 | 3 lata | 1054.0, Bortezomib | 115,00 | 124,20 | 131,65 | 131,65 | C.76. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Wysokość limitu finansowania | Oznaczenie załącznika zawierającego zakres 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** |
| 78 | Bortezomibum | Bortezomib Fresenius Kabi, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2,5 mg | 1 fiol. | 04052682057434 | 2022-11-01 | 3 lata | 1054.0, Bortezomib | 150,00 | 162,00 | 171,72 | 171,72 | C.76. | bezpłatny | 0 zł |
| 79 | Bortezomibum | Bortezomib Fresenius Kabi, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg | 1 fiol. | 04052682056314 | 2022-11-01 | 3 lata | 1054.0, Bortezomib | 182,00 | 196,56 | 208,35 | 208,35 | C.76. | bezpłatny | 0 zł |
| 80 | Bortezomibum | Bortezomib Glenmark, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg | 1 fiol. | 05902020241461 | 2021-11-01 | 3 lata | 1054.0, Bortezomib | 160,00 | 172,80 | 183,17 | 131,65 | C.76. | bezpłatny | 0 zł |
| 81 | Bortezomibum | Bortezomib Glenmark, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg | 1 fiol. | 05902020241478 | 2021-11-01 | 3 lata | 1054.0, Bortezomib | 560,00 | 604,80 | 641,09 | 460,78 | C.76. | bezpłatny | 0 zł |
| 82 | Bortezomibum | Bortezomib SUN, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg | 1 fiol. | 05909991351762 | 2022-11-01 | 3 lata | 1054.0, Bortezomib | 180,00 | 194,40 | 206,06 | 206,06 | C.76. | bezpłatny | 0 zł |
| 83 | Busulfanum | Myleran, tabl. 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 |
| 84 | Calcii folinas | Calcium folinate Sandoz, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol. 10 ml | 05907626707564 | 2023-09-01 | 3 lata | 1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego | 15,00 | 16,20 | 17,17 | 17,12 | C.0.02. | bezpłatny | 0 zł |
| 85 | Calcii folinas | Calcium folinate Sandoz, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol. 100 ml | 05907626707601 | 2022-09-01 | 3 lata | 1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego | 150,00 | 162,00 | 171,72 | 171,15 | C.0.02. | bezpłatny | 0 zł |
| 86 | Calcii folinas | Calcium folinate Sandoz, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol. 20 ml | 05907626707571 | 2023-07-01 | 3 lata | 1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego | 30,00 | 32,40 | 34,34 | 34,23 | C.0.02. | bezpłatny | 0 zł |
| 87 | Calcii folinas | Calcium folinate Sandoz, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol. 50 ml | 05907626707595 | 2022-09-01 | 3 lata | 1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego | 75,00 | 81,00 | 85,86 | 85,57 | C.0.02. | bezpłatny | 0 zł |
| 88 | Capecitabinum | Capecitabine Accord, tabl. 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 |
| 89 | 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 |
| 90 | 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 |
| 91 | 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 |
| 92 | 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 |
| 93 | 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 |
| 94 | 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 |
| 95 | 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 |
| 96 | 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 |
| 97 | Carboplatinum | Carbomedac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol. po 100 ml | 05909990816194 | 2021-05-01 | 3 lata | 1005.0, Carboplatinum | 238,00 | 257,04 | 272,46 | 272,46 | C.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 98 | Carboplatinum | Carbomedac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol. po 15 ml | 05909990816163 | 2021-05-01 | 3 lata | 1005.0, Carboplatinum | 37,00 | 39,96 | 42,36 | 42,36 | C.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 99 | Carboplatinum | Carbomedac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol. po 45 ml | 05909990816170 | 2021-05-01 | 3 lata | 1005.0, Carboplatinum | 94,50 | 102,06 | 108,18 | 108,18 | C.6. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Wysokość limitu finansowania | Oznaczenie załącznika zawierającego zakres 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 |
| 100 | Carboplatinum | Carbomedac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol. po 5 ml | 05909990816156 | 2021-05-01 | 3 lata | 1005.0, Carboplatinum | 16,90 | 18,25 | 19,34 | 15,07 | C.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 101 | Carboplatinum | Carbomedac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol. po 60 ml | 05909990816187 | 2021-05-01 | 3 lata | 1005.0, Carboplatinum | 158,00 | 170,64 | 180,88 | 180,88 | C.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 102 | Carboplatinum | Carboplatin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol. 5 ml | 05909990450015 | 2022-09-01 | 3 lata | 1005.0, Carboplatinum | 22,80 | 24,62 | 26,10 | 15,07 | C.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 103 | Carboplatinum | Carboplatin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol.po 15 ml | 05909990450022 | 2022-01-01 | 3 lata | 1005.0, Carboplatinum | 42,50 | 45,90 | 48,65 | 45,22 | C.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 104 | Carboplatinum | Carboplatin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol.po 45 ml | 05909990450039 | 2022-01-01 | 3 lata | 1005.0, Carboplatinum | 129,00 | 139,32 | 147,68 | 135,66 | C.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 105 | Carboplatinum | Carboplatin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol.po 60 ml | 05909990662753 | 2022-01-01 | 3 lata | 1005.0, Carboplatinum | 173,00 | 186,84 | 198,05 | 180,88 | C.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 106 | Carboplatinum | Carboplatin Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol. a 15 ml | 05909990776733 | 2024-04-01 | 3 lata | 1005.0, Carboplatinum | 42,00 | 45,36 | 48,08 | 45,22 | C.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 107 | Carboplatinum | Carboplatin Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol. a 45 ml | 05909990776740 | 2024-04-01 | 3 lata | 1005.0, Carboplatinum | 128,50 | 138,78 | 147,11 | 135,66 | C.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 108 | Carboplatinum | Carboplatin Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol.po 5 ml | 05909990776726 | 2022-01-01 | 3 lata | 1005.0, Carboplatinum | 22,50 | 24,30 | 25,76 | 15,07 | C.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 109 | Carboplatinum | Carboplatin Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol.po 60 ml | 05909990851058 | 2022-07-01 | 3 lata | 1005.0, Carboplatinum | 171,00 | 184,68 | 195,76 | 180,88 | C.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 110 | Carboplatinum | Carboplatin Pfizer, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml | 1 fiol.po 15 ml | 05909990477425 | 2022-01-01 | 3 lata | 1005.0, Carboplatinum | 38,80 | 41,90 | 44,42 | 44,42 | C.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 111 | Carboplatinum | Carboplatin Pfizer, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml | 1 fiol.po 45 ml | 05909990477432 | 2022-01-01 | 3 lata | 1005.0, Carboplatinum | 94,50 | 102,06 | 108,18 | 108,18 | C.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 112 | Carboplatinum | Carboplatin Pfizer, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml | 1 fiol.po 5 ml | 05909990477418 | 2022-07-01 | 3 lata | 1005.0, Carboplatinum | 23,00 | 24,84 | 26,33 | 15,07 | C.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 113 | Chlorambucilum | Leukeran, tabl. 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 |
| 114 | Ciclosporinum | Sandimmun , koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 50 mg/ml | 10 amp. po 1 ml | 05909990119813 | 2022-01-01 | 3 lata | 1007.0, Ciclosporinum | 110,00 | 118,80 | 125,93 | 125,93 | C.10. | bezpłatny | 0 zł |
| 115 | Cisplatinum | Cisplatin-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml | 1 fiol.a 100 ml | 05909990958535 | 2024-04-01 | 3 lata | 1008.0, Cisplatinum | 66,00 | 71,28 | 75,56 | 75,56 | C.11. | bezpłatny | 0 zł |
| 116 | Cisplatinum | Cisplatin-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml | 1 fiol.po 10 ml | 05909990958481 | 2022-11-01 | 3 lata | 1008.0, Cisplatinum | 8,36 | 9,03 | 9,57 | 7,56 | C.11. | bezpłatny | 0 zł |
| 117 | Cisplatinum | Cisplatin-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml | 1 fiol.po 50 ml | 05909990958504 | 2022-11-01 | 3 lata | 1008.0, Cisplatinum | 39,00 | 42,12 | 44,65 | 37,78 | C.11. | bezpłatny | 0 zł |
| 118 | Cisplatinum | Cisplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml | 1 fiol. a 10 ml | 05909990838745 | 2024-04-01 | 3 lata | 1008.0, Cisplatinum | 8,00 | 8,64 | 9,18 | 7,56 | C.11. | bezpłatny | 0 zł |
| 119 | Cisplatinum | Cisplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml | 1 fiol. a 100 ml | 05909990894772 | 2024-04-01 | 3 lata | 1008.0, Cisplatinum | 58,00 | 62,64 | 66,40 | 66,40 | C.11. | bezpłatny | 0 zł |
| 120 | Cisplatinum | Cisplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml | 1 fiol. a 50 ml | 05909990838769 | 2024-04-01 | 3 lata | 1008.0, Cisplatinum | 39,00 | 42,12 | 44,65 | 37,78 | C.11. | bezpłatny | 0 zł |
| 121 | Cladribinum | Biodribin, roztwór do infuzji, 10 mg | 1 fiol.po 10 ml | 05909990713417 | 2022-07-01 | 3 lata | 1009.0, Cladribinum | 703,45 | 759,73 | 805,31 | 805,31 | C.12. | bezpłatny | 0 zł |
| 122 | Clofarabinum | Clofarabine Norameda, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml | 1 fiol.po 20 ml | 05909991385569 | 2022-07-01 | 3 lata | 1111.0, Klofarabina | 2460,00 | 2656,80 | 2816,21 | 2816,21 | C.66.a.; C.66.b. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Wysokość limitu finansowania | Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10) | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 123 | Cyclophosphamidum | Endoxan, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 1000 mg | 1 fiol. | 05909990241019 | 2022-01-01 | 3 lata | 1010.1, Cyclophosphamidum inj. | 50,89 | 54,96 | 58,26 | 58,26 | C.13. | bezpłatny | 0 zł |
| 124 | Cyclophosphamidum | Endoxan, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 200 mg | 1 fiol. | 05909990240913 | 2022-01-01 | 3 lata | 1010.1, Cyclophosphamidum inj. | 13,50 | 14,58 | 15,45 | 11,65 | C.13. | bezpłatny | 0 zł |
| 125 | Cyclophosphamidum | Endoxan, tabl. 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 |
| 126 | Cytarabinum | Alexan, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml | 1 fiol.po 5 ml | 05909990640188 | 2022-01-01 | 3 lata | 1011.1, Cytarabinum | 7,80 | 8,42 | 8,96 | 8,96 | C.14. | bezpłatny | 0 zł |
| 127 | Cytarabinum | Alexan, roztwór do infuzji, 50 mg/ml | 1 fiol.po 10 ml | 05909990181216 | 2022-01-01 | 3 lata | 1011.1, Cytarabinum | 39,00 | 42,12 | 44,65 | 44,65 | C.14. | bezpłatny | 0 zł |
| 128 | Cytarabinum | Alexan, roztwór do infuzji, 50 mg/ml | 1 fiol.po 20 ml | 05909990181223 | 2022-01-01 | 3 lata | 1011.1, Cytarabinum | 78,00 | 84,24 | 89,29 | 89,29 | C.14. | bezpłatny | 0 zł |
| 129 | Cytarabinum | Alexan, roztwór do infuzji, 50 mg/ml | 1 fiol.po 40 ml | 05909990624935 | 2022-01-01 | 3 lata | 1011.1, Cytarabinum | 156,00 | 168,48 | 178,59 | 178,59 | C.14. | bezpłatny | 0 zł |
| 130 | Dacarbazinum | Detimedac 100 mg, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 100 mg | 10 fiol.po 100 mg | 05909991029500 | 2021-07-01 | 3 lata | 1012.0, Dacarbazinum | 168,00 | 181,44 | 192,33 | 183,16 | C.16. | bezpłatny | 0 zł |
| 131 | Dacarbazinum | Detimedac 1000 mg, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 1000 mg | 1 fiol.po 1000 mg | 05909991029807 | 2021-07-01 | 3 lata | 1012.0, Dacarbazinum | 160,00 | 172,80 | 183,17 | 183,16 | C.16. | bezpłatny | 0 zł |
| 132 | Dacarbazinum | Detimedac 200 mg, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 200 mg | 10 fiol.po 200 mg | 05909991029609 | 2021-07-01 | 3 lata | 1012.0, Dacarbazinum | 320,00 | 345,60 | 366,34 | 366,32 | C.16. | bezpłatny | 0 zł |
| 133 | Dacarbazinum | Detimedac 500 mg, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg | 1 fiol.po 500 mg | 05909991029708 | 2021-07-01 | 3 lata | 1012.0, Dacarbazinum | 80,00 | 86,40 | 91,58 | 91,58 | C.16. | bezpłatny | 0 zł |
| 134 | Darbepoetinum alfa | Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 500 µg/ml | 1 amp.-strz.po 1 ml | 05909990739035 | 2021-07-01 | 3 lata | 1043.1, czynniki stymulujące erytropoezę - darbepoetyna | 2565,90 | 2771,17 | 2937,44 | 2937,44 | C.0.03. | bezpłatny | 0 zł |
| 135 | Darbepoetinum alfa | Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 500 µg/ml | 1 wstrz.po 1 ml | 05909990340330 | 2021-07-01 | 3 lata | 1043.1, czynniki stymulujące erytropoezę - darbepoetyna | 2565,90 | 2771,17 | 2937,44 | 2937,44 | C.0.03. | bezpłatny | 0 zł |
| 136 | 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 |
| 137 | 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 |
| 138 | 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 |
| 139 | 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 |
| 140 | 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 |
| 141 | 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 |
| 142 | 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 |
| 143 | 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 |
| 144 | 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 |
| 145 | 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 |
| 146 | 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 |
| 147 | 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 |
| 148 | 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 |
| 149 | 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 |
| 150 | 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 |
| 151 | Daunorubicini hydrochloridum + Cytarabinum | Vyxeos liposomal, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 44 + 100 mg | 1 fiol. | 00368727109827 | 2022-09-01 | 2 lata | 1011.3, Daunorubicyna + Cytarabina | 22110,00 | 23878,80 | 25311,53 | 25311,53 | C.83. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Wysokość limitu finansowania | Oznaczenie załącznika zawierającego zakres 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** |
| 152 | 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 |
| 153 | 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 |
| 154 | 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 |
| 155 | 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 |
| 156 | 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 |
| 157 | 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 |
| 158 | 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 |
| 159 | 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 |
| 160 | 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 |
| 161 | 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 |
| 162 | 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 |
| 163 | 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 |
| 164 | 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 |
| 165 | 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 |
| 166 | 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 |
| 167 | Dexamethasoni phosphas | Demezon, roztwór do wstrzykiwań, 8 mg/ml | 1 amp. 2,5 ml | 05907464420755 | 2023-09-01 | 3 lata | 1161.0, Deksametazon w postaci do wstrzykiwań | 13,50 | 14,58 | 15,45 | 15,45 | C.0.17. | bezpłatny | 0 zł |
| 168 | Dexamethasoni phosphas | Dexamethasone phosphate SF, roztwór do wstrzykiwań, 4 mg/ml | 5 amp. 1 ml | 05907464420700 | 2021-05-01 | 3 lata | 1161.0, Deksametazon w postaci do wstrzykiwań | 17,00 | 18,36 | 19,46 | 15,45 | C.0.17. | bezpłatny | 0 zł |
| 169 | Docetaxelum | Docetaxel - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol.po 16 ml | 05909990850280 | 2022-07-01 | 3 lata | 1013.0, Docetaxelum | 400,00 | 432,00 | 457,92 | 274,72 | C.19. | bezpłatny | 0 zł |
| 170 | Docetaxelum | Docetaxel - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol.po 2 ml | 05909990777006 | 2022-07-01 | 3 lata | 1013.0, Docetaxelum | 50,00 | 54,00 | 57,24 | 34,34 | C.19. | bezpłatny | 0 zł |
| 171 | Docetaxelum | Docetaxel - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol.po 8 ml | 05909990777020 | 2022-07-01 | 3 lata | 1013.0, Docetaxelum | 200,00 | 216,00 | 228,96 | 137,36 | C.19. | bezpłatny | 0 zł |
| 172 | Docetaxelum | Docetaxel Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fiol.po 1 ml | 05909990994557 | 2023-03-01 | 3 lata | 1013.0, Docetaxelum | 30,00 | 32,40 | 34,34 | 34,34 | C.19. | bezpłatny | 0 zł |
| 173 | Docetaxelum | Docetaxel Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fiol.po 4 ml | 05909990994564 | 2023-03-01 | 3 lata | 1013.0, Docetaxelum | 120,00 | 129,60 | 137,38 | 137,36 | C.19. | bezpłatny | 0 zł |
| 174 | Docetaxelum | Docetaxel Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fiol.po 8 ml | 05909990994601 | 2023-03-01 | 3 lata | 1013.0, Docetaxelum | 240,00 | 259,20 | 274,75 | 274,72 | C.19. | bezpłatny | 0 zł |
| 175 | Doxorubicini hydrochloridum | Adriblastina PFS, roztwór do wstrzykiwań, 2 mg/ml | 1 fiol.po 25 ml | 05909990471027 | 2022-01-01 | 3 lata | 1014.1, Doxorubicinum | 34,00 | 36,72 | 38,92 | 38,92 | C.20. | bezpłatny | 0 zł |
| 176 | Doxorubicini hydrochloridum | Adriblastina PFS, roztwór do wstrzykiwań, 2 mg/ml | 1 fiol.po 5 ml | 05909990471010 | 2022-07-01 | 3 lata | 1014.1, Doxorubicinum | 10,12 | 10,93 | 11,59 | 7,78 | C.20. | bezpłatny | 0 zł |
| 177 | Doxorubicini hydrochloridum | Doxorubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg | 1 fiol.po 5 ml | 05909990429011 | 2022-07-01 | 3 lata | 1014.1, Doxorubicinum | 8,00 | 8,64 | 9,18 | 7,78 | C.20. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Wysokość limitu finansowania | Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10) | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 178 | Doxorubicini hydrochloridum | Doxorubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg | 1 fiol.po 50 ml | 05909990614837 | 2022-07-01 | 3 lata | 1014.1, Doxorubicinum | 76,00 | 82,08 | 87,00 | 77,84 | C.20. | bezpłatny | 0 zł |
| 179 | Doxorubicini hydrochloridum | Doxorubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 200 mg | 1 fiol.po 100 ml | 05909990614844 | 2022-07-01 | 3 lata | 1014.1, Doxorubicinum | 152,00 | 164,16 | 174,01 | 155,68 | C.20. | bezpłatny | 0 zł |
| 180 | Doxorubicini hydrochloridum | Doxorubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 50 mg | 1 fiol.po 25 ml | 05909990429028 | 2022-07-01 | 3 lata | 1014.1, Doxorubicinum | 38,00 | 41,04 | 43,50 | 38,92 | C.20. | bezpłatny | 0 zł |
| 181 | Doxorubicini hydrochloridum | Doxorubicinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml | 1 fiol.po 100 ml | 05909990851409 | 2022-07-01 | 3 lata | 1014.1, Doxorubicinum | 112,00 | 120,96 | 128,22 | 128,22 | C.20. | bezpłatny | 0 zł |
| 182 | Doxorubicini hydrochloridum | Doxorubicinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml | 1 fiol.po 5 ml | 05909990851386 | 2022-03-01 | 3 lata | 1014.1, Doxorubicinum | 9,40 | 10,15 | 10,76 | 7,78 | C.20. | bezpłatny | 0 zł |
| 183 | Doxorubicini hydrochloridum | Doxorubicinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml | 1 fiol.po 50 ml | 05909991141882 | 2021-11-01 | 3 lata | 1014.1, Doxorubicinum | 57,00 | 61,56 | 65,25 | 65,25 | C.20. | bezpłatny | 0 zł |
| 184 | Doxorubicini hydrochloridum | Zolsketil pegylated liposomal, koncentrat do sporządzania dyspersji do infuzji, 2 mg/ml | 1 fiol.po 10 ml | 05055565781623 | 2023-05-01 | 3 lata | 1014.3, Doxorubicinum liposomanum pegylatum | 930,00 | 1004,40 | 1064,66 | 1064,66 | C.22. | bezpłatny | 0 zł |
| 185 | Doxorubicinum | Caelyx pegylated liposomal, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml | 1 fiol.po 10 ml | 05909990983018 | 2022-03-01 | 3 lata | 1014.3, Doxorubicinum liposomanum pegylatum | 1354,50 | 1462,86 | 1550,63 | 1064,66 | C.22. | bezpłatny | 0 zł |
| 186 | Doxorubicinum | Doxorubicinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml | 1 fiol. a 25 ml | 05909990851393 | 2024-04-01 | 3 lata | 1014.1, Doxorubicinum | 42,00 | 45,36 | 48,08 | 38,92 | C.20. | bezpłatny | 0 zł |
| 187 | Doxorubicinum | 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 |
| 188 | Epirubicini hydrochloridum | Epirubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml | 1 fiol.po 100 ml | 05909991104344 | 2022-01-01 | 3 lata | 1015.0, Epirubicinum | 500,00 | 540,00 | 572,40 | 526,60 | C.23. | bezpłatny | 0 zł |
| 189 | Epirubicini hydrochloridum | Epirubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml | 1 fiol.po 25 ml | 05909991104320 | 2022-01-01 | 3 lata | 1015.0, Epirubicinum | 125,00 | 135,00 | 143,10 | 131,65 | C.23. | bezpłatny | 0 zł |
| 190 | Epirubicini hydrochloridum | Epirubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml | 1 fiol.po 5 ml | 05909991104313 | 2022-01-01 | 3 lata | 1015.0, Epirubicinum | 25,00 | 27,00 | 28,62 | 26,33 | C.23. | bezpłatny | 0 zł |
| 191 | Epirubicini hydrochloridum | Epirubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml | 1 fiol.po 50 ml | 05909991104337 | 2022-01-01 | 3 lata | 1015.0, Epirubicinum | 250,00 | 270,00 | 286,20 | 263,30 | C.23. | bezpłatny | 0 zł |
| 192 | Epirubicini hydrochloridum | Epirubicin Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 2 mg/ml | 1 fiol. a 25 ml | 05909990796397 | 2022-03-01 | 3 lata | 1015.0, Epirubicinum | 115,00 | 124,20 | 131,65 | 131,65 | C.23. | bezpłatny | 0 zł |
| 193 | Epirubicini hydrochloridum | Epirubicin Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 2 mg/ml | 1 fiol. a 5 ml | 05909990796373 | 2021-11-01 | 3 lata | 1015.0, Epirubicinum | 23,00 | 24,84 | 26,33 | 26,33 | C.23. | bezpłatny | 0 zł |
| 194 | Epirubicini hydrochloridum | Epirubicin Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 2 mg/ml | 1 fiol.po 50 ml | 05909991029869 | 2023-01-01 | 3 lata | 1015.0, Epirubicinum | 230,00 | 248,40 | 263,30 | 263,30 | C.23. | bezpłatny | 0 zł |
| 195 | Epoetinum alfa | Binocrit, roztwór do wstrzykiwań, 5000 j.m./0,5 ml | 6 amp.-strz.po 0,5 ml | 05909990072477 | 2023-01-01 | 3 lata | 1043.0, czynniki stymulujące erytropoezę | 600,00 | 648,00 | 686,88 | 686,88 | C.0.04. | bezpłatny | 0 zł |
| 196 | Erlotinibum | Erlotinib Zentiva, tabl. 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 |
| 197 | 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 |
| 198 | Etoposidum | Etoposid - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg | 1 fiol.po 5 ml | 05909990776115 | 2022-07-01 | 3 lata | 1016.0, Etoposidum | 19,00 | 20,52 | 21,75 | 16,00 | C.24. | bezpłatny | 0 zł |
| 199 | Etoposidum | Etoposid - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 200 mg | 1 fiol.po 10 ml | 05909990776214 | 2022-07-01 | 3 lata | 1016.0, Etoposidum | 38,00 | 41,04 | 43,50 | 32,00 | C.24. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Wysokość limitu finansowania | Oznaczenie załącznika zawierającego zakres 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** |
| 200 | Etoposidum | Etoposid - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 400 mg | 1 fiol.po 20 ml | 05909990776313 | 2022-07-01 | 3 lata | 1016.0, Etoposidum | 76,00 | 82,08 | 87,00 | 63,99 | C.24. | bezpłatny | 0 zł |
| 201 | Etoposidum | Etoposid - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 50 mg | 1 fiol.po 2,5 ml | 05909990776016 | 2022-07-01 | 3 lata | 1016.0, Etoposidum | 11,40 | 12,31 | 13,05 | 8,00 | C.24. | bezpłatny | 0 zł |
| 202 | Etoposidum | Etopozyd Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fiol.po 10 ml | 05909991233297 | 2022-05-01 | 3 lata | 1016.0, Etoposidum | 27,90 | 30,13 | 31,94 | 31,94 | C.24. | bezpłatny | 0 zł |
| 203 | Etoposidum | Etopozyd Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fiol.po 20 ml | 05909991233303 | 2022-05-01 | 3 lata | 1016.0, Etoposidum | 55,90 | 60,37 | 63,99 | 63,99 | C.24. | bezpłatny | 0 zł |
| 204 | Etoposidum | Etopozyd Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fiol.po 5 ml | 05909991198121 | 2023-03-01 | 3 lata | 1016.0, Etoposidum | 19,00 | 20,52 | 21,75 | 16,00 | C.24. | bezpłatny | 0 zł |
| 205 | Everolimusum | Afinitor, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990711598 | <1>2022-07-01/<2>2023-11-01 | 2 lata | 1086.0, Ewerolimus | 12000,00 | 12960,00 | 13737,60 | 8414,28 | <1>C.91.a.; <2>C.91.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 206 | Everolimusum | Afinitor, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990711567 | <1>2022-07-01/<2>2023-11-01 | 2 lata | 1086.0, Ewerolimus | 8620,00 | 9309,60 | 9868,18 | 4207,14 | <1>C.91.a.; <2>C.91.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 207 | Everolimusum | Everolimus Accord, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991383596 | 2022-03-01 | 3 lata | 1086.0, Ewerolimus | 7350,00 | 7938,00 | 8414,28 | 8414,28 | C.91.a.; C.91.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 208 | Everolimusum | Everolimus Accord, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909991383565 | 2022-03-01 | 3 lata | 1086.0, Ewerolimus | 3675,00 | 3969,00 | 4207,14 | 4207,14 | C.91.a.; C.91.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 209 | Everolimusum | Everolimus Stada, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991372538 | 2022-05-01 | <1>2 lata/<2>3 lata | 1086.0, Ewerolimus | 4200,00 | 4536,00 | 4808,16 | 4808,16 | <1>C.91.a.; <2>C.91.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 210 | Everolimusum | Everolimus Stada, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909991372514 | 2022-05-01 | <1>2 lata/<2>3 lata | 1086.0, Ewerolimus | 2100,00 | 2268,00 | 2404,08 | 2404,08 | <1>C.91.a.; <2>C.91.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 211 | Everolimusum | Everolimus Vipharm, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05901812161307 | 2022-09-01 | <1>2 lata/<2>3 lata | 1086.0, Ewerolimus | 4200,00 | 4536,00 | 4808,16 | 4808,16 | <1>C.91.a.; <2>C.91.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 212 | Everolimusum | Everolimus Vipharm, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05901812161277 | 2022-09-01 | <1>2 lata/<2>3 lata | 1086.0, Ewerolimus | 2100,00 | 2268,00 | 2404,08 | 2404,08 | <1>C.91.a.; <2>C.91.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 213 | Filgrastimum | Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml | 1 amp.-strz. | 05055565713846 | 2023-01-01 | 3 lata | 1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę | 53,00 | 57,24 | 60,67 | 58,88 | C.0.06. | bezpłatny | 0 zł |
| 214 | Filgrastimum | Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml | 5 amp.-strz. | 05055565713860 | 2023-01-01 | 3 lata | 1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę | 265,00 | 286,20 | 303,37 | 294,38 | C.0.06. | bezpłatny | 0 zł |
| 215 | Filgrastimum | Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml | 1 amp.-strz. | 05055565713853 | 2023-01-01 | 3 lata | 1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę | 84,80 | 91,58 | 97,08 | 94,20 | C.0.06. | bezpłatny | 0 zł |
| 216 | Filgrastimum | Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml | 5 amp.-strz. | 05055565713877 | 2023-01-01 | 3 lata | 1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę | 424,00 | 457,92 | 485,40 | 471,00 | C.0.06. | bezpłatny | 0 zł |
| 217 | Filgrastimum | Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j/0,5 ml | 1 amp.-strz.po 0,5 ml | 05909990687763 | 2022-01-01 | 3 lata | 1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę | 75,30 | 81,32 | 86,21 | 58,88 | C.0.06. | bezpłatny | 0 zł |
| 218 | Filgrastimum | Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml | 5 amp.-strz. | 05909990687787 | 2021-11-01 | 3 lata | 1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę | 203,19 | 219,45 | 232,61 | 232,61 | C.0.06. | bezpłatny | 0 zł |
| 219 | Filgrastimum | Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j/0,5 ml | 1 amp.-strz.po 0,5 ml | 05909990687800 | 2022-01-01 | 3 lata | 1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę | 106,96 | 115,52 | 122,45 | 94,20 | C.0.06. | bezpłatny | 0 zł |
| 220 | Filgrastimum | Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml | 5 amp.-strz. | 05909990687848 | 2021-11-01 | 3 lata | 1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę | 325,16 | 351,17 | 372,24 | 372,24 | C.0.06. | bezpłatny | 0 zł |
| 221 | Fludarabini phosphas | Fludara Oral, tabl. 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 |
| 222 | Fluorouracilum | 5 Fluorouracil - Ebewe, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 1000 mg | 1 fiol.po 20 ml | 05909990450633 | 2022-07-01 | 3 lata | 1018.0, Fluorouracilum | 13,49 | 14,57 | 15,44 | 13,18 | C.26. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Wysokość limitu finansowania | Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10) | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 223 | Fluorouracilum | 5-Fluorouracil-Ebewe, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 500 mg | 1 fiol.po 100 ml | 05909990336258 | 2022-01-01 | 3 lata | 1018.0, Fluorouracilum | 67,00 | 72,36 | 76,70 | 65,90 | C.26. | bezpłatny | 0 zł |
| 224 | Fluorouracilum | Fluorouracil Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 50 mg/ml | 1 fiol. a 10 ml | 05909990774784 | 2024-04-01 | 3 lata | 1018.0, Fluorouracilum | 5,60 | 6,05 | 6,59 | 6,59 | C.26. | bezpłatny | 0 zł |
| 225 | Fluorouracilum | Fluorouracil Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 50 mg/ml | 1 fiol. a 100 ml | 05909990774807 | 2024-04-01 | 3 lata | 1018.0, Fluorouracilum | 56,00 | 60,48 | 64,11 | 64,11 | C.26. | bezpłatny | 0 zł |
| 226 | Fluorouracilum | Fluorouracil Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 50 mg/ml | 1 fiol. a 20 ml | 05909990774791 | 2024-04-01 | 3 lata | 1018.0, Fluorouracilum | 11,20 | 12,10 | 12,82 | 12,82 | C.26. | bezpłatny | 0 zł |
| 227 | Fluorouracilum | Fluorouracil medac, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml | 1 fiol.po 10 ml | 05909990477814 | 2022-01-01 | 3 lata | 1018.0, Fluorouracilum | 6,90 | 7,45 | 7,99 | 6,59 | C.26. | bezpłatny | 0 zł |
| 228 | Fluorouracilum | Fluorouracil medac, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml | 1 fiol.po 100 ml | 05909990478019 | 2022-01-01 | 3 lata | 1018.0, Fluorouracilum | 67,00 | 72,36 | 76,70 | 65,90 | C.26. | bezpłatny | 0 zł |
| 229 | Fluorouracilum | Fluorouracil medac, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml | 1 fiol.po 20 ml | 05909990477913 | 2022-01-01 | 3 lata | 1018.0, Fluorouracilum | 13,30 | 14,36 | 15,23 | 13,18 | C.26. | bezpłatny | 0 zł |
| 230 | Fulvestrantum | Fulvestrant EVER Pharma, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 250 mg/5 ml | 2 amp.-strz.po 5 ml | 05909991411022 | 2021-07-01 | 3 lata | 1019.0, Fulvestrant | 480,00 | 518,40 | 549,50 | 549,50 | C.27. | bezpłatny | 0 zł |
| 231 | Fulvestrantum | Fulvestrant Pharmascience, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 250 mg/5 ml | 2 amp.-strz.po 5 ml + 2 igły | 05909991441630 | 2021-05-01 | 3 lata | 1019.0, Fulvestrant | 569,00 | 614,52 | 651,39 | 549,50 | C.27. | bezpłatny | 0 zł |
| 232 | Fulvestrantum | Fulvestrant Stada, roztwór do wstrzykiwań, 250 mg/5 ml | 2 amp.-strz.po 5 ml + 2 igły | 05909991422189 | 2021-09-01 | 3 lata | 1019.0, Fulvestrant | 470,00 | 507,60 | 538,06 | 538,06 | C.27. | bezpłatny | 0 zł |
| 233 | Fulvestrantum | Fulvestrant SUN, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 250 mg/5 ml | 2 amp.-strz.po 5 ml + 2 igły | 05909991389765 | 2021-07-01 | 3 lata | 1019.0, Fulvestrant | 480,00 | 518,40 | 549,50 | 549,50 | C.27. | bezpłatny | 0 zł |
| 234 | Fulvestrantum | Fulvestrant 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 |
| 235 | 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 |
| 236 | Fulvestrantum | Fulwestrant Accord, roztwór do wstrzykiwań, 250 mg/5 ml | 2 amp.-strz.po 5 ml + 2 igły | 05909991399221 | 2021-07-01 | 3 lata | 1019.0, Fulvestrant | 478,00 | 516,24 | 547,21 | 547,21 | C.27. | bezpłatny | 0 zł |
| 237 | Gefitinibum | Gefitinib Alvogen/Gefitinib Zentiva , tabl. powl., 250 mg | 30 szt. | 05350586001683 | 2022-09-01 | 2 lata | 1087.0, Gefitynibum | 800,00 | 864,00 | 915,84 | 915,84 | C.80. | bezpłatny | 0 zł |
| 238 | Gefitynibum | Gefitinib Accord, tabl. powl., 250 mg | 30 szt. | 05909991400781 | 2022-09-01 | 2 lata | 1087.0, Gefitynibum | 999,00 | 1078,92 | 1143,66 | 915,84 | C.80. | bezpłatny | 0 zł |
| 239 | Gefitynibum | Gefitinib Sandoz, tabl. powl., 250 mg | 30 szt. | 07613421021696 | 2022-11-01 | 2 lata | 1087.0, Gefitynibum | 1000,00 | 1080,00 | 1144,80 | 915,84 | C.80. | bezpłatny | 0 zł |
| 240 | Gemcitabinum | Gemcitabinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/ml | 1 fiol.po 10 ml | 05909990976089 | 2022-01-01 | 3 lata | 1020.0, Gemcitabinum | 75,00 | 81,00 | 85,86 | 85,86 | C.28. | bezpłatny | 0 zł |
| 241 | Gemcitabinum | Gemcitabinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/ml | 1 fiol.po 2 ml | 05909990976072 | 2022-01-01 | 3 lata | 1020.0, Gemcitabinum | 16,50 | 17,82 | 18,89 | 18,89 | C.28. | bezpłatny | 0 zł |
| 242 | Gemcitabinum | Gemcitabinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/ml | 1 fiol.po 20 ml | 05909990976102 | 2022-01-01 | 3 lata | 1020.0, Gemcitabinum | 150,00 | 162,00 | 171,72 | 171,72 | C.28. | bezpłatny | 0 zł |
| 243 | Gemcitabinum | Gemsol, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 40 mg/ml | 1 fiol.po 25 ml | 05909990871032 | 2022-01-01 | 3 lata | 1020.0, Gemcitabinum | 95,00 | 102,60 | 108,76 | 94,45 | C.28. | bezpłatny | 0 zł |
| 244 | Gemcitabinum | Gemsol, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 40 mg/ml | 1 fiol.po 5 ml | 05909990870998 | 2022-01-01 | 3 lata | 1020.0, Gemcitabinum | 25,00 | 27,00 | 28,62 | 18,89 | C.28. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Wysokość limitu finansowania | Oznaczenie załącznika zawierającego zakres 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 |
| 245 | Gemcitabinum | Gemsol, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 40 mg/ml | 1 fiol.po 50 ml | 05909990871049 | 2022-01-01 | 3 lata | 1020.0, Gemcitabinum | 190,00 | 205,20 | 217,51 | 188,90 | C.28. | bezpłatny | 0 zł |
| 246 | Hydroxycarbamidum | Hydroxycarbamid Teva, kaps., 500 mg | 100 kaps. w butelce | 05909990836758 | 2022-01-01 | 3 lata | 1021.0, Hydroxycarbamidum | 79,74 | 86,12 | 91,28 | 91,28 | C.29. | bezpłatny | 0 zł |
| 247 | Hydroxycarbamidum | Hydroxyurea medac, kaps. twarde, 500 mg | 100 szt. | 05909990944927 | 2022-01-01 | 3 lata | 1021.0, Hydroxycarbamidum | 79,74 | 86,12 | 91,28 | 91,28 | C.29. | bezpłatny | 0 zł |
| 248 | Idarubicini hydrochloridum | Zavedos, roztwór do wstrzykiwań, 1 mg/ml | 1 fiol. a 10 ml | 05415062342206 | 2021-07-01 | 3 lata | 1022.0, Idarubicinum | 609,68 | 658,45 | 697,96 | 697,96 | C.30. | bezpłatny | 0 zł |
| 249 | Idarubicini hydrochloridum | Zavedos, roztwór do wstrzykiwań, 1 mg/ml | 1 fiol. a 5 ml | 05415062342190 | 2021-07-01 | 3 lata | 1022.0, Idarubicinum | 326,73 | 352,87 | 374,04 | 348,98 | C.30. | bezpłatny | 0 zł |
| 250 | Ifosfamidum | Holoxan, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 1 g | 1 fiol. | 05909990241118 | 2022-07-01 | 3 lata | 1023.0, Ifosfamidum | 111,50 | 120,42 | 127,65 | 115,34 | C.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 251 | Ifosfamidum | Holoxan, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 2 g | 1 fiol. | 05909990241217 | 2022-07-01 | 3 lata | 1023.0, Ifosfamidum | 201,50 | 217,62 | 230,68 | 230,68 | C.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 252 | Imatinibum | Imatinib Accord, tabl. 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 |
| 253 | 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 |
| 254 | Imatinibum | Meaxin, tabl. powl., 100 mg | 60 szt. | 05909991053895 | <1><2>2024-01-01/<3>2021-07-01/<4>2022-01-01 | 3 lata | 1064.1, Imatynib -2 | 275,00 | 297,00 | 314,82 | 228,96 | <1>C.70.a.; <2>C.70.b.; <3>C.70.c.; <4>C.70.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 255 | Imatinibum | Meaxin, tabl. powl., 400 mg | 30 szt. | 05909991053963 | <1><2>2024-01-01/<3>2021-07-01/<4>2022-01-01 | 3 lata | 1064.1, Imatynib -2 | 550,00 | 594,00 | 629,64 | 457,92 | <1>C.70.a.; <2>C.70.b.; <3>C.70.c.; <4>C.70.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 256 | Imatinibum | Nibix, kaps. twarde, 100 mg | 60 szt. | 05909991051181 | <1><2>2024-01-01/<3>2021-09-01/<4>2022-01-01 | 3 lata | 1064.1, Imatynib -2 | 260,00 | 280,80 | 297,65 | 228,96 | <1>C.70.a.; <2>C.70.b.; <3>C.70.c.; <4>C.70.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 257 | Imatinibum | Nibix, kaps. twarde, 400 mg | 30 szt. | 05909991051259 | <1><2>2024-01-01/<3>2021-09-01/<4>2022-01-01 | 3 lata | 1064.1, Imatynib -2 | 520,00 | 561,60 | 595,30 | 457,92 | <1>C.70.a.; <2>C.70.b.; <3>C.70.c.; <4>C.70.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 258 | Irinotecani hydrochloridum trihydricum | Irinotecan Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fiol.po 15 ml | 05055565731345 | 2022-03-01 | 3 lata | 1025.0, Irinotecanum | 150,00 | 162,00 | 171,72 | 145,39 | C.35. | bezpłatny | 0 zł |
| 259 | Irinotecani hydrochloridum trihydricum | Irinotecan Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fiol.po 2 ml | 05055565731321 | 2022-03-01 | 3 lata | 1025.0, Irinotecanum | 20,00 | 21,60 | 22,90 | 19,39 | C.35. | bezpłatny | 0 zł |
| 260 | Irinotecani hydrochloridum trihydricum | Irinotecan Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fiol.po 25 ml | 05055565731352 | 2022-03-01 | 3 lata | 1025.0, Irinotecanum | 250,00 | 270,00 | 286,20 | 242,32 | C.35. | bezpłatny | 0 zł |
| 261 | Irinotecani hydrochloridum trihydricum | Irinotecan Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fiol.po 5 ml | 05055565731338 | 2022-03-01 | 3 lata | 1025.0, Irinotecanum | 50,00 | 54,00 | 57,24 | 48,46 | C.35. | bezpłatny | 0 zł |
| 262 | Irinotecani hydrochloridum trihydricum | Irinotecan Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fiol.po 15 ml | 05909990796946 | 2022-05-01 | 3 lata | 1025.0, Irinotecanum | 127,00 | 137,16 | 145,39 | 145,39 | C.35. | bezpłatny | 0 zł |
| 263 | Irinotecani hydrochloridum trihydricum | Irinotecan Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fiol.po 2 ml | 05909990726943 | 2022-05-01 | 3 lata | 1025.0, Irinotecanum | 18,80 | 20,30 | 21,52 | 19,39 | C.35. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Wysokość limitu finansowania | Oznaczenie załącznika zawierającego zakres 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 |
| 264 | Irinotecani hydrochloridum trihydricum | Irinotecan Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fiol.po 25 ml | 05909990796953 | 2022-05-01 | 3 lata | 1025.0, Irinotecanum | 200,00 | 216,00 | 228,96 | 228,96 | C.35. | bezpłatny | 0 zł |
| 265 | Irinotecani hydrochloridum trihydricum | Irinotecan Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fiol.po 5 ml | 05909990726950 | 2022-05-01 | 3 lata | 1025.0, Irinotecanum | 41,50 | 44,82 | 47,51 | 47,51 | C.35. | bezpłatny | 0 zł |
| 266 | Lanreotidum | Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg | 1 amp.-strz.po 0,5 ml | 05909991094614 | <1>2022-01-01/<2>2023-09-01 | 3 lata | 1026.1, analogi somatostatyny - lanreotyd | 4117,56 | 4446,96 | 4713,78 | 4713,78 | <1>C.37.a.; <2>C.37.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 267 | Lanreotidum | Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg | 1 amp.-strz.po 0,5 ml | 05909991094416 | <1>2022-01-01/<2>2023-09-01 | 3 lata | 1026.1, analogi somatostatyny - lanreotyd | 2478,35 | 2676,62 | 2837,21 | 2514,16 | <1>C.37.a.; <2>C.37.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 268 | Lanreotidum | Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg | 1 amp.-strz.po 0,5 ml | 05909991094515 | <1>2022-01-01/<2>2023-09-01 | 3 lata | 1026.1, analogi somatostatyny - lanreotyd | 3294,24 | 3557,78 | 3771,24 | 3771,24 | <1>C.37.a.; <2>C.37.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 269 | Lenalidomidum | Kleder, kaps. twarde, 10 mg | 21 szt. | 05909991466206 | <1><2><3>2022-11-01/<4>2023-05-01 | <1><3><4>2 lata/<2>3 lata | 1120.0, Lenalidomid | 1038,00 | 1121,04 | 1188,30 | 1105,88 | <1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 270 | Lenalidomidum | Kleder, kaps. twarde, 15 mg | 21 szt. | 05909991450946 | <1><2>2022-11-01/<3>2023-05-01 | 2 lata | 1120.0, Lenalidomid | 1557,00 | 1681,56 | 1782,45 | 1658,82 | <1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 271 | Lenalidomidum | Kleder, kaps. twarde, 20 mg | 21 szt. | 05909991450953 | <1><2>2022-11-01/<3>2023-05-01 | 2 lata | 1120.0, Lenalidomid | 2076,00 | 2242,08 | 2376,60 | 2211,76 | <1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 272 | Lenalidomidum | Kleder, kaps. twarde, 25 mg | 21 szt. | 05909991450960 | <1><2>2022-11-01/<3>2023-05-01 | 2 lata | 1120.0, Lenalidomid | 2595,00 | 2802,60 | 2970,76 | 2764,70 | <1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 273 | Lenalidomidum | Kleder, kaps. twarde, 5 mg | 21 szt. | 05909991466220 | <1><2><3>2022-11-01/<4>2023-05-01 | <1><3><4>2 lata/<2>3 lata | 1120.0, Lenalidomid | 519,00 | 560,52 | 594,15 | 552,94 | <1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 274 | Lenalidomidum | Lenalidomide Accord, kaps. twarde, 10 mg | 21 szt. | 05055565770863 | <1><2>2022-05-01/<3>2023-01-01/<4>2023-05-01 | <1><3><4>2 lata/<2>3 lata | 1120.0, Lenalidomid | 1029,00 | 1111,32 | 1178,00 | 1105,88 | <1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 275 | Lenalidomidum | Lenalidomide Accord, kaps. twarde, 15 mg | 21 szt. | 05055565770870 | <1>2022-05-01/<2>2023-01-01/<3>2023-05-01 | 2 lata | 1120.0, Lenalidomid | 1543,50 | 1666,98 | 1767,00 | 1658,82 | <1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 276 | Lenalidomidum | Lenalidomide Accord, kaps. twarde, 25 mg | 21 szt. | 05055565770887 | <1>2022-05-01/<2>2023-01-01/<3>2023-05-01 | 2 lata | 1120.0, Lenalidomid | 2572,50 | 2778,30 | 2945,00 | 2764,70 | <1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 277 | Lenalidomidum | Lenalidomide Accord, kaps. twarde, 5 mg | 21 szt. | 05055565770856 | <1><2>2022-05-01/<3>2023-01-01/<4>2023-05-01 | <1><3><4>2 lata/<2>3 lata | 1120.0, Lenalidomid | 514,50 | 555,66 | 589,00 | 552,94 | <1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 278 | Lenalidomidum | Lenalidomide Aurovitas/Lenalidomide Eugia, kaps. twarde, 10 mg | 21 szt. | 05909991472115 | <1><2><3>2022-11-01/<4>2023-05-01 | <1><3><4>2 lata/<2>3 lata | 1120.0, Lenalidomid | 1029,00 | 1111,32 | 1178,00 | 1105,88 | <1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 279 | Lenalidomidum | Lenalidomide Aurovitas/Lenalidomide Eugia, kaps. twarde, 15 mg | 21 szt. | 05909991472207 | <1><2>2022-11-01/<3>2023-05-01 | 2 lata | 1120.0, Lenalidomid | 1543,50 | 1666,98 | 1767,00 | 1658,82 | <1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 280 | Lenalidomidum | Lenalidomide Aurovitas/Lenalidomide Eugia, kaps. twarde, 25 mg | 21 szt. | 05909991472245 | <1><2>2022-11-01/<3>2023-05-01 | 2 lata | 1120.0, Lenalidomid | 2572,50 | 2778,30 | 2945,00 | 2764,70 | <1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 281 | Lenalidomidum | Lenalidomide Aurovitas/Lenalidomide Eugia, kaps. twarde, 5 mg | 21 szt. | 05909991472092 | <1><2><3>2022-11-01/<4>2023-05-01 | <1><3><4>2 lata/<2>3 lata | 1120.0, Lenalidomid | 514,50 | 555,66 | 589,00 | 552,94 | <1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 282 | Lenalidomidum | Lenalidomide Glenmark, kaps. twarde, 10 mg | 21 szt. | 08595112678558 | <1><2>2022-07-01/<3>2023-05-01 | <1><3>2 lata/<2>3 lata | 1120.0, Lenalidomid | 1803,90 | 1948,21 | 2065,10 | 1105,88 | <1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 283 | Lenalidomidum | Lenalidomide Glenmark, kaps. twarde, 15 mg | 21 szt. | 08595112678565 | <1>2022-07-01/<2>2023-05-01 | 2 lata | 1120.0, Lenalidomid | 2705,85 | 2922,32 | 3097,66 | 1658,82 | <1>C.84.a.; <2>C.84.d. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Wysokość limitu finansowania | Oznaczenie załącznika zawierającego zakres 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 |
| 284 | Lenalidomidum | Lenalidomide Glenmark, kaps. twarde, 25 mg | 21 szt. | 08595112678572 | <1>2022-07-01/<2>2023-05-01 | 2 lata | 1120.0, Lenalidomid | 4509,75 | 4870,53 | 5162,77 | 2764,70 | <1>C.84.a.; <2>C.84.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 285 | Lenalidomidum | Lenalidomide Glenmark, kaps. twarde, 5 mg | 21 szt. | 08595112678541 | <1><2>2022-07-01/<3>2023-05-01 | <1><3>2 lata/<2>3 lata | 1120.0, Lenalidomid | 901,95 | 974,11 | 1032,56 | 552,94 | <1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 286 | Lenalidomidum | Lenalidomide Grindeks, kaps. twarde, 10 mg | 21 szt. | 05909991425135 | <1>2022-11-01/<2>2023-05-01 | 2 lata | 1120.0, Lenalidomid | 1029,00 | 1111,32 | 1178,00 | 1105,88 | <1>C.84.a.; <2>C.84.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 287 | Lenalidomidum | Lenalidomide Grindeks, kaps. twarde, 15 mg | 21 szt. | 05909991425159 | <1>2022-11-01/<2>2023-05-01 | 2 lata | 1120.0, Lenalidomid | 1543,50 | 1666,98 | 1767,00 | 1658,82 | <1>C.84.a.; <2>C.84.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 288 | Lenalidomidum | Lenalidomide Grindeks, kaps. twarde, 25 mg | 21 szt. | 05909991425197 | <1>2022-11-01/<2>2023-05-01 | 2 lata | 1120.0, Lenalidomid | 2572,50 | 2778,30 | 2945,00 | 2764,70 | <1>C.84.a.; <2>C.84.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 289 | Lenalidomidum | Lenalidomide Grindeks, kaps. twarde, 5 mg | 21 szt. | 05909991425098 | <1>2022-11-01/<2>2023-05-01 | 2 lata | 1120.0, Lenalidomid | 514,50 | 555,66 | 589,00 | 552,94 | <1>C.84.a.; <2>C.84.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 290 | Lenalidomidum | Lenalidomide Krka, kaps. twarde, 10 mg | 21 szt. (blister) | 03838989737627 | <1><2>2022-05-01/<3>2023-03-01/<4>2023-05-01 | <1><3><4>2 lata/<2>3 lata | 1120.0, Lenalidomid | 966,00 | 1043,28 | 1105,88 | 1105,88 | <1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 291 | Lenalidomidum | Lenalidomide Krka, kaps. twarde, 15 mg | 21 szt. (blister) | 03838989737634 | <1>2022-05-01/<2>2023-03-01/<3>2023-05-01 | 2 lata | 1120.0, Lenalidomid | 1449,00 | 1564,92 | 1658,82 | 1658,82 | <1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 292 | Lenalidomidum | Lenalidomide Krka, kaps. twarde, 25 mg | 21 szt. (blister) | 03838989737641 | <1>2022-05-01/<2>2023-03-01/<3>2023-05-01 | 2 lata | 1120.0, Lenalidomid | 2415,00 | 2608,20 | 2764,69 | 2764,69 | <1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 293 | Lenalidomidum | Lenalidomide Krka, kaps. twarde, 5 mg | 21 szt. (blister) | 03838989737658 | <1><2>2022-05-01/<3>2023-03-01/<4>2023-05-01 | <1><3><4>2 lata/<2>3 lata | 1120.0, Lenalidomid | 483,00 | 521,64 | 552,94 | 552,94 | <1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 294 | Lenalidomidum | Lenalidomide Medical Valley, kaps. twarde, 10 mg | 21 szt. | 05909991471965 | <1><2>2022-11-01/<3>2023-03-01/<4>2023-05-01 | <1><3><4>2 lata/<2>3 lata | 1120.0, Lenalidomid | 966,00 | 1043,28 | 1105,88 | 1105,88 | <1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 295 | Lenalidomidum | Lenalidomide Medical Valley, kaps. twarde, 15 mg | 21 szt. | 05909991471972 | <1>2022-11-01/<2>2023-03-01/<3>2023-05-01 | 2 lata | 1120.0, Lenalidomid | 1449,00 | 1564,92 | 1658,82 | 1658,82 | <1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 296 | Lenalidomidum | Lenalidomide Medical Valley, kaps. twarde, 25 mg | 21 szt. | 05909991471996 | <1>2022-11-01/<2>2023-03-01/<3>2023-05-01 | 2 lata | 1120.0, Lenalidomid | 2415,00 | 2608,20 | 2764,69 | 2764,69 | <1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 297 | Lenalidomidum | Lenalidomide Medical Valley, kaps. twarde, 5 mg | 21 szt. | 05909991471941 | <1><2>2022-11-01/<3>2023-03-01/<4>2023-05-01 | <1><3><4>2 lata/<2>3 lata | 1120.0, Lenalidomid | 483,00 | 521,64 | 552,94 | 552,94 | <1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 298 | Lenalidomidum | Lenalidomide Mylan, kaps. twarde, 10 mg | 21 szt. | 05901797710910 | <1><2>2022-05-01/<3>2022-11-01/<4>2023-05-01 | <1><3><4>2 lata/<2>3 lata | 1120.0, Lenalidomid | 1040,00 | 1123,20 | 1190,59 | 1105,88 | <1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 299 | Lenalidomidum | Lenalidomide Mylan, kaps. twarde, 15 mg | 21 szt. | 05901797710996 | <1>2022-05-01/<2>2022-11-01/<3>2023-05-01 | 2 lata | 1120.0, Lenalidomid | 1560,00 | 1684,80 | 1785,89 | 1658,82 | <1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 300 | Lenalidomidum | Lenalidomide Mylan, kaps. twarde, 25 mg | 21 szt. | 05901797710934 | <1>2022-05-01/<2>2022-11-01/<3>2023-05-01 | 2 lata | 1120.0, Lenalidomid | 2600,00 | 2808,00 | 2976,48 | 2764,70 | <1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 301 | Lenalidomidum | Lenalidomide Mylan, kaps. twarde, 5 mg | 21 szt. | 05901797710903 | <1><2>2022-05-01/<3>2022-11-01/<4>2023-05-01 | <1><3><4>2 lata/<2>3 lata | 1120.0, Lenalidomid | 520,00 | 561,60 | 595,30 | 552,94 | <1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Wysokość limitu finansowania | Oznaczenie załącznika zawierającego zakres 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 |
| 302 | Lenalidomidum | Lenalidomide Pharmascience, kaps. twarde, 10 mg | 21 szt. | 05909991451431 | <1><2>2022-11-01/<3>2023-05-01 | <1><3>2 lata/<2>3 lata | 1120.0, Lenalidomid | 1029,00 | 1111,32 | 1178,00 | 1105,88 | <1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 303 | Lenalidomidum | Lenalidomide Pharmascience, kaps. twarde, 15 mg | 21 szt. | 05909991451455 | <1>2022-11-01/<2>2023-05-01 | 2 lata | 1120.0, Lenalidomid | 1543,50 | 1666,98 | 1767,00 | 1658,82 | <1>C.84.a.; <2>C.84.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 304 | Lenalidomidum | Lenalidomide Pharmascience, kaps. twarde, 25 mg | 21 szt. | 05909991451493 | <1>2022-11-01/<2>2023-05-01 | 2 lata | 1120.0, Lenalidomid | 2572,50 | 2778,30 | 2945,00 | 2764,70 | <1>C.84.a.; <2>C.84.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 305 | Lenalidomidum | Lenalidomide Pharmascience, kaps. twarde, 5 mg | 21 szt. | 05909991451394 | <1><2>2022-11-01/<3>2023-05-01 | <1><3>2 lata/<2>3 lata | 1120.0, Lenalidomid | 514,50 | 555,66 | 589,00 | 552,94 | <1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 306 | Lenalidomidum | Lenalidomide Sandoz, kaps. twarde, 10 mg | 21 szt. | 05907626709094 | <1><2>2022-05-01/<3><4>2023-05-01 | <1><3><4>2 lata/<2>3 lata | 1120.0, Lenalidomid | 966,00 | 1043,28 | 1105,88 | 1105,88 | <1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 307 | Lenalidomidum | Lenalidomide Sandoz, kaps. twarde, 15 mg | 21 szt. | 05907626709100 | <1>2022-05-01/<2><3>2023-05-01 | 2 lata | 1120.0, Lenalidomid | 1449,00 | 1564,92 | 1658,82 | 1658,82 | <1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 308 | Lenalidomidum | Lenalidomide Sandoz, kaps. twarde, 25 mg | 21 szt. | 05907626709124 | <1>2022-05-01/<2><3>2023-05-01 | 2 lata | 1120.0, Lenalidomid | 2415,00 | 2608,20 | 2764,69 | 2764,69 | <1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 309 | Lenalidomidum | Lenalidomide Sandoz, kaps. twarde, 5 mg | 21 szt. | 05907626709070 | <1><2>2022-05-01/<3><4>2023-05-01 | <1><3><4>2 lata/<2>3 lata | 1120.0, Lenalidomid | 483,00 | 521,64 | 552,94 | 552,94 | <1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 310 | Lenalidomidum | Lenalidomide Teva, kaps. twarde, 10 mg | 21 szt. (blister) | 05909991470302 | <1><2>2022-05-01/<3>2022-11-01/<4>2023-05-01 | <1><3><4>2 lata/<2>3 lata | 1120.0, Lenalidomid | 1029,00 | 1111,32 | 1178,00 | 1105,88 | <1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 311 | Lenalidomidum | Lenalidomide Teva, kaps. twarde, 15 mg | 21 szt. (blister) | 05909991470319 | <1>2022-05-01/<2>2022-11-01/<3>2023-05-01 | 2 lata | 1120.0, Lenalidomid | 1543,50 | 1666,98 | 1767,00 | 1658,82 | <1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 312 | Lenalidomidum | Lenalidomide Teva, kaps. twarde, 25 mg | 21 szt. (blister) | 05909991470333 | <1>2022-05-01/<2>2022-11-01/<3>2023-05-01 | 2 lata | 1120.0, Lenalidomid | 2572,50 | 2778,30 | 2945,00 | 2764,70 | <1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 313 | Lenalidomidum | Lenalidomide Teva, kaps. twarde, 5 mg | 21 szt. (blister) | 05909991470258 | <1><2>2022-05-01/<3>2022-11-01/<4>2023-05-01 | <1><3><4>2 lata/<2>3 lata | 1120.0, Lenalidomid | 514,50 | 555,66 | 589,00 | 552,94 | <1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 314 | Lenalidomidum | Lenalidomide Zentiva, kaps. twarde, 10 mg | 21 szt. | 05909991447830 | <1><2>2022-05-01/<3>2023-05-01 | <1><3>2 lata/<2>3 lata | 1120.0, Lenalidomid | 1806,00 | 1950,48 | 2067,51 | 1105,88 | <1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 315 | Lenalidomidum | Lenalidomide Zentiva, kaps. twarde, 15 mg | 21 szt. | 05909991447854 | <1>2022-05-01/<2>2023-05-01 | 2 lata | 1120.0, Lenalidomid | 2709,00 | 2925,72 | 3101,26 | 1658,82 | <1>C.84.a.; <2>C.84.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 316 | Lenalidomidum | Lenalidomide Zentiva, kaps. twarde, 25 mg | 21 szt. | 05909991447892 | <1>2022-05-01/<2>2023-05-01 | 2 lata | 1120.0, Lenalidomid | 4515,00 | 4876,20 | 5168,77 | 2764,70 | <1>C.84.a.; <2>C.84.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 317 | Lenalidomidum | Lenalidomide Zentiva, kaps. twarde, 5 mg | 21 szt. | 05909991447793 | <1><2>2022-05-01/<3>2023-05-01 | <1><3>2 lata/<2>3 lata | 1120.0, Lenalidomid | 903,00 | 975,24 | 1033,75 | 552,94 | <1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 318 | Lenalidomidum | Linorion, kaps. twarde, 10 mg | 21 szt. | 06432100056047 | <1><2>2022-09-01/<3>2023-05-01 | <1><3>2 lata/<2>3 lata | 1120.0, Lenalidomid | 1120,00 | 1209,60 | 1282,18 | 1105,88 | <1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 319 | Lenalidomidum | Linorion, kaps. twarde, 15 mg | 21 szt. | 06432100056054 | <1>2022-09-01/<2>2023-05-01 | 2 lata | 1120.0, Lenalidomid | 1680,00 | 1814,40 | 1923,26 | 1658,82 | <1>C.84.a.; <2>C.84.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 320 | Lenalidomidum | Linorion, kaps. twarde, 25 mg | 21 szt. | 06432100056061 | <1>2022-09-01/<2>2023-05-01 | 2 lata | 1120.0, Lenalidomid | 2800,00 | 3024,00 | 3205,44 | 2764,70 | <1>C.84.a.; <2>C.84.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 321 | Lenalidomidum | Linorion, kaps. twarde, 5 mg | 21 szt. | 06432100056030 | <1><2>2022-09-01/<3>2023-05-01 | <1><3>2 lata/<2>3 lata | 1120.0, Lenalidomid | 560,00 | 604,80 | 641,09 | 552,94 | <1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 322 | Lenalidomidum | Polalid, kaps. twarde, 10 mg | 21 szt. | 05909991480301 | <1><2>2022-11-01/<3>2023-05-01 | <1><3>2 lata/<2>3 lata | 1120.0, Lenalidomid | 1029,00 | 1111,32 | 1178,00 | 1105,88 | <1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.d. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Wysokość limitu finansowania | Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10) | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 323 | Lenalidomidum | Polalid, kaps. twarde, 15 mg | 21 szt. | 05909991480318 | <1>2022-11-01/<2>2023-05-01 | 2 lata | 1120.0, Lenalidomid | 1543,50 | 1666,98 | 1767,00 | 1658,82 | <1>C.84.a.; <2>C.84.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 324 | Lenalidomidum | Polalid, kaps. twarde, 25 mg | 21 szt. | 05909991480332 | <1>2022-11-01/<2>2023-05-01 | 2 lata | 1120.0, Lenalidomid | 2572,50 | 2778,30 | 2945,00 | 2764,70 | <1>C.84.a.; <2>C.84.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 325 | Lenalidomidum | Polalid, kaps. twarde, 5 mg | 21 szt. | 05909991480288 | <1><2>2022-11-01/<3>2023-05-01 | <1><3>2 lata/<2>3 lata | 1120.0, Lenalidomid | 514,50 | 555,66 | 589,00 | 552,94 | <1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 326 | Lenalidomidum | Revlimid, kaps. twarde, 10 mg | 21 szt. | 05909990086702 | <1>2022-07-01/<2>2023-05-01 | 2 lata | 1120.0, Lenalidomid | 13219,41 | 14276,96 | 15133,58 | 1105,88 | <1>C.84.c.; <2>C.84.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 327 | Lenalidomidum | Revlimid, kaps. twarde, 15 mg | 21 szt. | 05909990086764 | <1>2022-07-01/<2>2023-05-01 | 2 lata | 1120.0, Lenalidomid | 13943,63 | 15059,12 | 15962,67 | 1658,82 | <1>C.84.c.; <2>C.84.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 328 | Lenalidomidum | Revlimid, kaps. twarde, 25 mg | 21 szt. | 05909990086771 | <1>2022-07-01/<2>2023-05-01 | 2 lata | 1120.0, Lenalidomid | 15337,74 | 16564,76 | 17558,64 | 2764,70 | <1>C.84.c.; <2>C.84.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 329 | Lenalidomidum | Revlimid, kaps. twarde, 5 mg | 21 szt. | 05909990086696 | <1>2022-07-01/<2>2023-05-01 | 2 lata | 1120.0, Lenalidomid | 12608,20 | 13616,86 | 14433,87 | 552,94 | <1>C.84.c.; <2>C.84.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 330 | Melphalanum | Alkeran, tabl. powl., 2 mg | 25 szt. | 05909990283514 | 2022-07-01 | 3 lata | 1098.0, Melphalanum | 100,00 | 108,00 | 114,48 | 114,48 | C.39. | bezpłatny | 0 zł |
| 331 | Mercaptopurinum | Mercaptopurinum VIS, tabl., 50 mg | 30 szt. | 05909990186112 | 2022-01-01 | 3 lata | 1027.0, Mercaptopurinum | 38,00 | 41,04 | 43,50 | 43,50 | C.40. | bezpłatny | 0 zł |
| 332 | Mesnum | Uromitexan, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml | 15 amp. po 4 ml | 05909991392086 | 2022-07-01 | 3 lata | 1046.0, Mesnum | 138,94 | 150,06 | 159,06 | 159,06 | C.0.08. | bezpłatny | 0 zł |
| 333 | Mesnum | Uromitexan, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml | 15 amp. po 4 ml | 05909991438647 | 2021-05-01 | 3 lata | 1046.0, Mesnum | 136,00 | 146,88 | 155,69 | 155,69 | C.0.08. | bezpłatny | 0 zł |
| 334 | Mesnum | Uromitexan, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml | 15 amp.po 4 ml | 05909990265831 | 2022-07-01 | 3 lata | 1046.0, Mesnum | 186,20 | 201,10 | 213,16 | 159,06 | C.0.08. | bezpłatny | 0 zł |
| 335 | Methotrexatum | Methotrexat - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/ml | 1 fiol.po 50 ml | 05909990333936 | 2022-01-01 | 3 lata | 1028.2, Methotrexatum inj. | 350,00 | 378,00 | 400,68 | 300,51 | C.41. | bezpłatny | 0 zł |
| 336 | Methotrexatum | 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 |
| 337 | 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 |
| 338 | Nelarabinum | Atriance, roztwór do infuzji, 5 mg/ml | 1 fiol.a 50 ml | 07613421036027 | 2021-07-01 | 3 lata | 1128.0, Nelarabina | 1000,00 | 1080,00 | 1144,80 | 1144,80 | C.73. | bezpłatny | 0 zł |
| 339 | Netupitantum + Palonosetroni hydrochloridum | Akynzeo, kaps. twarde, 300+0,5 mg | 1 szt. | 05909991246563 | <1>2024-01-01/<2>2023-07-01 | <1>1 rok 3 miesiące/<2>3 lata | 1154.0, Netupitant, palonosetron | 256,00 | 276,48 | 293,07 | 293,07 | <1>C.0.16.a.; <2>C.0.16.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 340 | Octreotidum | Sandostatin, roztwór do wstrzykiwań/do infuzji, 100 µg/ml | 5 amp.po 1 ml | 05909990042913 | 2022-01-01 | 3 lata | 1026.0, analogi somatostatyny | 40,00 | 43,20 | 45,79 | 29,72 | C.45.a. | bezpłatny | 0 zł |
| 341 | Octreotidum | Sandostatin, roztwór do wstrzykiwań/do infuzji, 50 µg/ml | 5 amp.po 1 ml | 05909990042715 | 2022-01-01 | 3 lata | 1026.0, analogi somatostatyny | 30,00 | 32,40 | 34,34 | 14,86 | C.45.a. | bezpłatny | 0 zł |
| 342 | Octreotidum | Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 10 mg | 1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml | 05909990459711 | <1>2022-01-01/<2>2023-11-01 | 3 lata | 1026.0, analogi somatostatyny | 519,22 | 560,76 | 594,40 | 594,40 | <1>C.45.a.; <2>C.45.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 343 | Octreotidum | Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 20 mg | 1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml | 05909990459612 | <1>2022-07-01/<2>2023-11-01 | 3 lata | 1026.0, analogi somatostatyny | 1038,45 | 1121,53 | 1188,82 | 1188,82 | <1>C.45.a.; <2>C.45.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 344 | Octreotidum | Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 30 mg | 1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml | 05909990459513 | <1>2022-07-01/<2>2023-11-01 | 3 lata | 1026.0, analogi somatostatyny | 1557,67 | 1682,28 | 1783,22 | 1783,22 | <1>C.45.a.; <2>C.45.b. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Wysokość limitu finansowania | Oznaczenie załącznika zawierającego zakres 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** |
| 345 | 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 |
| 346 | Ondansetronum | Ondansetron Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4 mg | 10 szt. | 05909990777044 | 2023-01-01 | 3 lata | 1047.2, ondansetronum p.o. | 15,95 | 17,23 | 18,26 | 18,26 | C.0.09. | bezpłatny | 0 zł |
| 347 | Ondansetronum | Ondansetron Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 8 mg | 10 szt. | 05909990777150 | 2023-01-01 | 3 lata | 1047.2, ondansetronum p.o. | 25,90 | 27,97 | 29,65 | 29,65 | C.0.09. | bezpłatny | 0 zł |
| 348 | Ondansetronum | Ondansetron Kabi 2 mg/ml roztwór do wstrzykiwań, roztwór do wstrzykiwań, 2 mg/ml | 5 amp.po 2 ml | 05909990055197 | 2022-01-01 | 3 lata | 1047.1, ondansetronum inj. | 5,90 | 6,37 | 6,91 | 5,73 | C.0.09. | bezpłatny | 0 zł |
| 349 | Ondansetronum | Ondansetron Kabi 2 mg/ml roztwór do wstrzykiwań, roztwór do wstrzykiwań, 2 mg/ml | 5 amp.po 4 ml | 05909990055234 | 2022-01-01 | 3 lata | 1047.1, ondansetronum inj. | 10,00 | 10,80 | 11,45 | 11,45 | C.0.09. | bezpłatny | 0 zł |
| 350 | Ondansetronum | Setronon, tabl. 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 |
| 351 | 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 |
| 352 | 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 |
| 353 | Oxaliplatinum | Oxaliplatin Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml | 1 fiol.po 10 ml | 05909990798247 | <1>2022-01-01/<2>2022-05-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1031.0, Oxaliplatinum | 28,50 | 30,78 | 32,63 | 32,63 | <1>C.46.;<2>C.46.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 354 | Oxaliplatinum | Oxaliplatin Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml | 1 fiol.po 20 ml | 05909990798254 | <1>2022-01-01/<2>2022-05-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1031.0, Oxaliplatinum | 57,00 | 61,56 | 65,25 | 65,25 | <1>C.46.;<2>C.46.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 355 | Oxaliplatinum | Oxaliplatin Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml | 1 fiol.po 40 ml | 05909990827381 | <1>2022-01-01/<2>2022-05-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1031.0, Oxaliplatinum | 114,00 | 123,12 | 130,51 | 130,51 | <1>C.46.;<2>C.46.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 356 | Oxaliplatinum | Oxaliplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml | 1 fiol. a 10 ml | 05909990796151 | <1>2024-04-01/<2>2022-05-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1031.0, Oxaliplatinum | 29,50 | 31,86 | 33,77 | 32,63 | <1>C.46.;<2>C.46.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 357 | Oxaliplatinum | Oxaliplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml | 1 fiol. a 20 ml | 05909990796168 | <1>2024-04-01/<2>2022-05-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1031.0, Oxaliplatinum | 59,00 | 63,72 | 67,54 | 65,26 | <1>C.46.;<2>C.46.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 358 | Oxaliplatinum | Oxaliplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml | 1 fiol. a 40 ml | 05909990827206 | <1>2024-04-01/<2>2022-05-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1031.0, Oxaliplatinum | 118,00 | 127,44 | 135,09 | 130,52 | <1>C.46.;<2>C.46.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 359 | Paclitaxelum | Paclitaxel Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml | 1 fiol.po 16,7 ml | 05909990874361 | 2022-07-01 | 3 lata | 1032.0, Paclitaxelum | 46,70 | 50,44 | 53,46 | 53,46 | C.47. | bezpłatny | 0 zł |
| 360 | Paclitaxelum | Paclitaxel Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml | 1 fiol.po 25 ml | 05909990874385 | 2022-01-01 | 3 lata | 1032.0, Paclitaxelum | 62,40 | 67,39 | 71,43 | 71,43 | C.47. | bezpłatny | 0 zł |
| 361 | Paclitaxelum | Paclitaxel Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml | 1 fiol.po 5 ml | 05909990874347 | 2022-01-01 | 3 lata | 1032.0, Paclitaxelum | 23,50 | 25,38 | 26,90 | 20,61 | C.47. | bezpłatny | 0 zł |
| 362 | Paclitaxelum | Paclitaxel Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml | 1 fiol.po 50 ml | 05909990874408 | 2022-01-01 | 3 lata | 1032.0, Paclitaxelum | 125,00 | 135,00 | 143,10 | 143,10 | C.47. | bezpłatny | 0 zł |
| 363 | Paclitaxelum | Paclitaxel-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml | 1 fiol.po 16,7 ml | 05909990018390 | 2022-01-01 | 3 lata | 1032.0, Paclitaxelum | 100,00 | 108,00 | 114,48 | 68,69 | C.47. | bezpłatny | 0 zł |
| 364 | Paclitaxelum | Paclitaxel-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml | 1 fiol.po 25 ml | 05909990018406 | 2022-01-01 | 3 lata | 1032.0, Paclitaxelum | 135,00 | 145,80 | 154,55 | 103,04 | C.47. | bezpłatny | 0 zł |
| 365 | Paclitaxelum | Paclitaxel-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml | 1 fiol.po 5 ml | 05909990018383 | 2022-01-01 | 3 lata | 1032.0, Paclitaxelum | 30,00 | 32,40 | 34,34 | 20,61 | C.47. | bezpłatny | 0 zł |
| 366 | Paclitaxelum | Paclitaxel-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml | 1 fiol.po 50 ml | 05909990018420 | 2022-01-01 | 3 lata | 1032.0, Paclitaxelum | 300,00 | 324,00 | 343,44 | 206,07 | C.47. | bezpłatny | 0 zł |
| 367 | Paclitaxelum | Paclitaxelum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml | 1 fiol. a 16,7 ml | 05909990840274 | 2024-04-01 | 3 lata | 1032.0, Paclitaxelum | 60,00 | 64,80 | 68,69 | 68,69 | C.47. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Wysokość limitu finansowania | Oznaczenie załącznika zawierającego zakres 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 |
| 368 | Paclitaxelum | Paclitaxelum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml | 1 fiol. a 5 ml | 05909990840267 | 2024-04-01 | 3 lata | 1032.0, Paclitaxelum | 23,50 | 25,38 | 26,90 | 20,61 | C.47. | bezpłatny | 0 zł |
| 369 | Paclitaxelum | Paclitaxelum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml | 1 fiol. a 50 ml | 05909990840281 | 2024-04-01 | 3 lata | 1032.0, Paclitaxelum | 135,00 | 145,80 | 154,55 | 154,55 | C.47. | bezpłatny | 0 zł |
| 370 | Paclitaxelum | Paclitaxelum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml | 1 fiol.po 100 ml | 05909991037093 | 2022-07-01 | 3 lata | 1032.0, Paclitaxelum | 240,00 | 259,20 | 274,75 | 274,75 | C.47. | bezpłatny | 0 zł |
| 371 | Paclitaxelum | Paclitaxelum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml | 1 fiol.po 25 ml | 05909991037086 | 2022-07-01 | 3 lata | 1032.0, Paclitaxelum | 67,50 | 72,90 | 77,27 | 77,27 | C.47. | bezpłatny | 0 zł |
| 372 | Pegaspargasum | Oncaspar, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań/ do infuzji, 750 j.m./ml | 1 fiol. proszku | 00642621070989 | 2023-05-01 | 3 lata | 1033.0, Pegaspargasum | 6669,50 | 7203,06 | 7635,24 | 7635,24 | C.48. | bezpłatny | 0 zł |
| 373 | Pegfilgrastimum | Pelgraz, roztwór do wstrzykiwań w 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 |
| 374 | 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 |
| 375 | Peginterferonum alfa-2a | Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 135 µg/0,5 ml | 1 amp.-strz.po 0,5 ml (+igła) | 05909990984718 | <1>2022-03-01/<2> <3>2024-04-01 | <1>3 lata/<2> <3>1 rok | 1074.1, Peginterferonum alfa 2a | 495,18 | 534,79 | 566,88 | 553,83 | <2>C.79.a.; <3>C.79.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 376 | Peginterferonum alfa-2a | Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 180 µg/0,5 ml | 1 amp.-strz.po 0,5 ml (+igła) | 05909990984817 | <1>2022-03-01/<2> <3>2024-04-01 | <1>3 lata/<2> <3>1 rok | 1074.1, Peginterferonum alfa 2a | 655,55 | 707,99 | 750,47 | 738,44 | <2>C.79.a.; <3>C.79.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 377 | Peginterferonum alfa-2a | Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 90 µg/0,5 ml | 1 amp.-strz.po 0,5 ml (+igła) | 05902768001013 | <1>2022-03-01/<2> <3>2024-04-01 | <1>3 lata/<2> <3>1 rok | 1074.1, Peginterferonum alfa 2a | 322,52 | 348,32 | 369,22 | 369,22 | <2>C.79.a.; <3>C.79.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 378 | Pemetreksedum | Pemetreksed SUN, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg | 1 fiol. proszku | 05909991289362 | 2023-03-01 | 3 lata | 1034.0, Pemetreksed | 119,00 | 128,52 | 136,23 | 136,23 | C.49. | bezpłatny | 0 zł |
| 379 | Pemetreksedum | Pemetreksed SUN, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 500 mg | 1 fiol. proszku | 05909991289379 | 2023-03-01 | 3 lata | 1034.0, Pemetreksed | 595,00 | 642,60 | 681,16 | 681,16 | C.49. | bezpłatny | 0 zł |
| 380 | Pemetreksedum | Pemetrexed Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml | 1 fiol. 20 ml | 05055565768969 | 2023-11-01 | 3 lata | 1034.0, Pemetreksed | 599,00 | 646,92 | 685,74 | 685,74 | C.49. | bezpłatny | 0 zł |
| 381 | Pemetreksedum | Pemetrexed Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml | 1 fiol. 4 ml | 05055565768952 | 2023-11-01 | 3 lata | 1034.0, Pemetreksed | 119,00 | 128,52 | 136,23 | 136,23 | C.49. | bezpłatny | 0 zł |
| 382 | Pemetreksedum | Pemetrexed Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml | 1 fiol. 40 ml | 05055565768976 | 2023-11-01 | 3 lata | 1034.0, Pemetreksed | 1199,00 | 1294,92 | 1372,62 | 1372,62 | C.49. | bezpłatny | 0 zł |
| 383 | Pemetrexedum | Pemetrexed Fresenius Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml | 1 fiol. 20 ml | 05909991444174 | 2024-01-01 | 3 lata | 1034.0, Pemetreksed | 598,00 | 645,84 | 684,59 | 684,59 | C.49. | bezpłatny | 0 zł |
| 384 | Pemetrexedum | Pemetrexed Fresenius Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml | 1 fiol. 4 ml | 05909991444167 | 2024-01-01 | 3 lata | 1034.0, Pemetreksed | 119,50 | 129,06 | 136,80 | 136,80 | C.49. | bezpłatny | 0 zł |
| 385 | Pemetrexedum | Pemetrexed Fresenius Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml | 1 fiol. 40 ml | 05909991444181 | 2024-01-01 | 3 lata | 1034.0, Pemetreksed | 1198,00 | 1293,84 | 1371,47 | 1371,47 | C.49. | bezpłatny | 0 zł |
| 386 | Pemetrexedum | Pemetrexed Sandoz, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml | 1 fiol. 20 ml | 07613421047023 | 2024-04-01 | 3 lata | 1034.0, Pemetreksed | 599,00 | 646,92 | 685,74 | 685,74 | C.49. | bezpłatny | 0 zł |
| 387 | Pemetrexedum | Pemetrexed Sandoz, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml | 1 fiol. 4 ml | 07613421047016 | 2024-04-01 | 3 lata | 1034.0, Pemetreksed | 119,00 | 128,52 | 136,23 | 136,23 | C.49. | bezpłatny | 0 zł |
| 388 | Pemetrexedum | Pemetrexed Sandoz, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml | 1 fiol. 40 ml | 07613421047030 | 2024-04-01 | 3 lata | 1034.0, Pemetreksed | 1199,00 | 1294,92 | 1372,62 | 1372,62 | C.49. | bezpłatny | 0 zł |
| 389 | Plerixaforum | Mozobil, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml | 1 fiol.po 1,2 ml | 05909990728473 | 2021-07-01 | 3 lata | 1126.0, Pleryksafor | 17460,00 | 18856,80 | 19988,21 | 19988,21 | C.71. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Wysokość limitu finansowania | Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10) | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 390 | Posaconazolum | Noxafil, zawiesina doustna, 40 mg/ml | 105 ml | 05909990335244 | <1>2021-05-01/<2>2021-09-01/<3>2023-09-01 | 3 lata | 1125.0, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - posaconazol | 2317,68 | 2503,09 | 2653,28 | 684,02 | <1>C.0.14.a.; <2>C.0.14.b.; <3>C.0.14.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 391 | 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 |
| 392 | 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 |
| 393 | 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 |
| 394 | 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 |
| 395 | 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 |
| 396 | 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 |
| 397 | Rituximabum | MabThera, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg | 2 fiol.po 10 ml | 05909990418817 | <1><6>2022-07-01/<2>2022-09-01/<3><4><5>2024-04-01 | <1><2><6>2 lata/<3><4><5>6 miesięcy | 1035.0, Rituximabum | 2036,70 | 2199,64 | 2331,61 | 1097,86 | <6>C.51. | bezpłatny | 0 zł |
| 398 | Rituximabum | MabThera, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg | 1 fiol.po 50 ml | 05909990418824 | <1><6>2022-07-01/<2>2022-09-01/<3><4><5>2024-04-01 | <1><2><6>2 lata/<3><4><5>6 miesięcy | 1035.0, Rituximabum | 5093,10 | 5500,55 | 5830,59 | 2744,65 | <6>C.51. | bezpłatny | 0 zł |
| 399 | 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 |
| 400 | 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 |
| 401 | 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 |
| 402 | 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 |
| 403 | Ropeginterferonum alfa-2b | Besremi, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 250 µg/0,5 ml | 1 wstrzyk.po 0,5 ml | 09007653000976 | 2023-01-01 | 2 lata | 1267.0, Ropeginterferon alfa-2b | 6308,76 | 6813,46 | 7222,27 | 7222,27 | C.85. | bezpłatny | 0 zł |
| 404 | Sorafenib tosylate | Sorafenib Teva, tabl. 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 |
| 405 | 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 |
| 406 | 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 |
| 407 | Sorafenibum | Sorafenib Pharmascience, tabl. powl., 200 mg | 112 szt. | 05909991456849 | 2022-09-01 | <1>3 lata/<2><3>2 lata | 1078.0, Sorafenib | 1850,00 | 1998,00 | 2117,88 | 2117,88 | <1>C.89.a.; <2>C.89.b.; <3>C.89.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 408 | Sorafenibum | Sorafenib Sandoz, tabl. powl., 200 mg | 112 szt. | 07613421047009 | 2021-09-01 | 3 lata | 1078.0, Sorafenib | 2800,00 | 3024,00 | 3205,44 | 2404,08 | C.89.a.; C.89.b.; C.89.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 409 | Sorafenibum | Sorafenib Stada, tabl. 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 |
| 410 | 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 |

| 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 | Sorafenibum | Sorafenib Zentiva, tabl. powl., 200 mg | 112 szt. | 05909991440145 | 2021-09-01 | 3 lata | 1078.0, Sorafenib | 2797,00 | 3020,76 | 3202,01 | 2404,08 | C.89.a.; C.89.b.; C.89.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 412 | Sunitinibum | Klertis, kaps. twarde, 12,5 mg | 28 szt. | 05995327181592 | 2022-05-01 | <1><2><4>3 lata/<3>2 lata | 1079.0, Sunitynib | 1507,00 | 1627,56 | 1725,21 | 1659,96 | <1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 413 | Sunitinibum | Klertis, kaps. twarde, 25 mg | 28 szt. | 05995327181608 | 2022-05-01 | <1><2><4>3 lata/<3>2 lata | 1079.0, Sunitynib | 3014,00 | 3255,12 | 3450,43 | 3319,92 | <1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 414 | Sunitinibum | Klertis, kaps. twarde, 50 mg | 28 szt. | 05995327181615 | 2022-05-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1079.0, Sunitynib | 6028,00 | 6510,24 | 6900,85 | 6639,84 | <1>C.88.a.; <2>C.88.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 415 | Sunitinibum | Sunitinib Accord, kaps. twarde, 12,5 mg | 30 szt. (butelka) | 05055565775707 | 2022-05-01 | <1><2><4>3 lata/<3>2 lata | 1079.0, Sunitynib | 1616,25 | 1745,55 | 1850,29 | 1778,53 | <1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 416 | Sunitinibum | Sunitinib Accord, kaps. twarde, 25 mg | 30 szt. (butelka) | 05055565775714 | 2022-05-01 | <1><2><4>3 lata/<3>2 lata | 1079.0, Sunitynib | 3232,50 | 3491,10 | 3700,57 | 3557,06 | <1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 417 | Sunitinibum | Sunitinib Accord, kaps. twarde, 50 mg | 30 szt. (butelka) | 05055565775721 | 2022-05-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1079.0, Sunitynib | 6465,00 | 6982,20 | 7401,13 | 7114,11 | <1>C.88.a.; <2>C.88.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 418 | Sunitinibum | Sunitinib Glenmark, kaps. twarde, 12,5 mg | 28 szt. | 05909991458515 | 2022-07-01 | <1><2><4>3 lata/<3>2 lata | 1079.0, Sunitynib | 1450,00 | 1566,00 | 1659,96 | 1659,96 | <1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 419 | Sunitinibum | Sunitinib Glenmark, kaps. twarde, 25 mg | 28 szt. | 05909991458522 | 2022-07-01 | <1><2><4>3 lata/<3>2 lata | 1079.0, Sunitynib | 2900,00 | 3132,00 | 3319,92 | 3319,92 | <1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 420 | Sunitinibum | Sunitinib Glenmark, kaps. twarde, 50 mg | 28 szt. | 05909991458539 | 2022-07-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1079.0, Sunitynib | 5800,00 | 6264,00 | 6639,84 | 6639,84 | <1>C.88.a.; <2>C.88.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 421 | Sunitinibum | Sunitinib Krka, kapsułki twarde, 12,5 mg | 30 kaps. | 03838989736668 | 2022-05-01 | <1><2><4>3 lata/<3>2 lata | 1079.0, Sunitynib | 1612,50 | 1741,50 | 1845,99 | 1778,53 | <1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 422 | Sunitinibum | Sunitinib Krka, kapsułki twarde, 25 mg | 30 kaps. | 03838989736675 | 2022-05-01 | <1><2><4>3 lata/<3>2 lata | 1079.0, Sunitynib | 3225,00 | 3483,00 | 3691,98 | 3557,06 | <1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 423 | Sunitinibum | Sunitinib Krka, kapsułki twarde, 50 mg | 30 kaps. | 03838989736682 | 2022-05-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1079.0, Sunitynib | 6450,00 | 6966,00 | 7383,96 | 7114,11 | <1>C.88.a.; <2>C.88.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 424 | Sunitinibum | Sunitinib Pharmascience, kaps. twarde, 12,5 mg | 28 szt. | 05909991469580 | 2022-05-01 | <1><2><4>3 lata/<3>2 lata | 1079.0, Sunitynib | 1508,80 | 1629,50 | 1727,28 | 1659,96 | <1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 425 | Sunitinibum | Sunitinib Pharmascience, kaps. twarde, 25 mg | 28 szt. | 05909991469597 | 2022-05-01 | <1><2><4>3 lata/<3>2 lata | 1079.0, Sunitynib | 3017,00 | 3258,36 | 3453,86 | 3319,92 | <1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 426 | Sunitinibum | Sunitinib Pharmascience, kaps. twarde, 37,5 mg | 28 szt. | 05909991469603 | 2022-05-01 | <1><2><4>3 lata/<3>2 lata | 1079.0, Sunitynib | 4525,50 | 4887,54 | 5180,79 | 4979,88 | <1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 427 | Sunitinibum | Sunitinib Pharmascience, kaps. twarde, 50 mg | 28 szt. | 05909991469610 | 2022-05-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1079.0, Sunitynib | 6034,00 | 6516,72 | 6907,72 | 6639,84 | <1>C.88.a.; <2>C.88.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 428 | Sunitinibum | Sunitinib Ranbaxy, kaps. twarde, 12,5 mg | 28 szt. | 05909991465612 | 2023-11-01 | 2 lata | 1079.0, Sunitynib | 1000,00 | 1080,00 | 1144,80 | 1144,80 | <1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 429 | Sunitinibum | Sunitinib Ranbaxy, kaps. twarde, 25 mg | 28 szt. | 05909991465643 | 2023-11-01 | 2 lata | 1079.0, Sunitynib | 2000,00 | 2160,00 | 2289,60 | 2289,60 | <1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 430 | Sunitinibum | Sunitinib Ranbaxy, kaps. twarde, 50 mg | 28 szt. | 05909991465704 | 2023-11-01 | 2 lata | 1079.0, Sunitynib | 4000,00 | 4320,00 | 4579,20 | 4579,20 | <1>C.88.a.; <2>C.88.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 431 | Sunitinibum | Sunitinib Sandoz, kapsułki twarde, 12,5 mg | 28 kaps. | 05907626709261 | 2022-05-01 | <1><2><4>3 lata/<3>2 lata | 1079.0, Sunitynib | 1508,50 | 1629,18 | 1726,93 | 1659,96 | <1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 432 | Sunitinibum | Sunitinib Sandoz, kapsułki twarde, 25 mg | 28 kaps. | 05907626709278 | 2022-05-01 | <1><2><4>3 lata/<3>2 lata | 1079.0, Sunitynib | 3017,00 | 3258,36 | 3453,86 | 3319,92 | <1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 433 | Sunitinibum | Sunitinib Sandoz, kapsułki twarde, 50 mg | 28 kaps. | 05907626709292 | 2022-05-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1079.0, Sunitynib | 6034,00 | 6516,72 | 6907,72 | 6639,84 | <1>C.88.a.; <2>C.88.c. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Wysokość limitu finansowania | Oznaczenie załącznika zawierającego zakres 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 |
| 434 | Sunitinibum | Sunitinib Stada, kaps. twarde, 12,5 mg | 28 szt. | 05909991436612 | 2022-09-01 | <1><2><4>3 lata/<3>2 lata | 1079.0, Sunitynib | 1382,50 | 1493,10 | 1582,69 | 1582,69 | <1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 435 | Sunitinibum | Sunitinib Stada, kaps. twarde, 25 mg | 28 szt. | 05909991436643 | 2022-09-01 | <1><2><4>3 lata/<3>2 lata | 1079.0, Sunitynib | 2765,00 | 2986,20 | 3165,37 | 3165,37 | <1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 436 | Sunitinibum | Sunitinib Stada, kaps. twarde, 37,5 mg | 28 szt. | 05909991436650 | 2022-09-01 | <1><2><4>3 lata/<3>2 lata | 1079.0, Sunitynib | 4147,50 | 4479,30 | 4748,06 | 4748,06 | <1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 437 | Sunitinibum | Sunitinib Stada, kaps. twarde, 50 mg | 28 szt. | 05909991436681 | 2022-09-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1079.0, Sunitynib | 5530,00 | 5972,40 | 6330,74 | 6330,74 | <1>C.88.a.; <2>C.88.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 438 | Sunitinibum | Sunitinib Teva, kaps. twarde, 12,5 mg | 28 szt. (blister) | 05909991366520 | 2022-05-01 | <1><2><4>3 lata/<3>2 lata | 1079.0, Sunitynib | 1508,50 | 1629,18 | 1726,93 | 1659,96 | <1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 439 | Sunitinibum | Sunitinib Teva, kaps. twarde, 25 mg | 28 szt. (blister) | 05909991366575 | 2022-05-01 | <1><2><4>3 lata/<3>2 lata | 1079.0, Sunitynib | 3017,00 | 3258,36 | 3453,86 | 3319,92 | <1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 440 | Sunitinibum | Sunitinib Teva, kaps. twarde, 50 mg | 28 szt. (blister) | 05909991366674 | 2022-05-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1079.0, Sunitynib | 6034,00 | 6516,72 | 6907,72 | 6639,84 | <1>C.88.a.; <2>C.88.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 441 | Sunitinibum | Sunitinib Zentiva, kaps. twarde, 12,5 mg | 28 szt. (blister) | 05909991455262 | 2022-05-01 | <1><2><4>3 lata/<3>2 lata | 1079.0, Sunitynib | 1508,50 | 1629,18 | 1726,93 | 1659,96 | <1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 442 | Sunitinibum | Sunitinib Zentiva, kaps. twarde, 25 mg | 28 szt. (blister) | 05909991455200 | 2022-05-01 | <1><2><4>3 lata/<3>2 lata | 1079.0, Sunitynib | 3017,00 | 3258,36 | 3453,86 | 3319,92 | <1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 443 | Sunitinibum | Sunitinib Zentiva, kaps. twarde, 50 mg | 28 szt. (blister) | 05909991455330 | 2022-05-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1079.0, Sunitynib | 6034,00 | 6516,72 | 6907,72 | 6639,84 | <1>C.88.a.; <2>C.88.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 444 | Sunitinibum | Sunitynib Mylan, kaps. twarde, 12,5 mg | 28 szt. (blister) | 05909991419301 | 2022-05-01 | <1><2><4>3 lata/<3>2 lata | 1079.0, Sunitynib | 1450,00 | 1566,00 | 1659,96 | 1659,96 | <1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 445 | Sunitinibum | Sunitynib Mylan, kaps. twarde, 25 mg | 28 szt. (blister) | 05909991419349 | 2022-05-01 | <1><2><4>3 lata/<3>2 lata | 1079.0, Sunitynib | 2900,00 | 3132,00 | 3319,92 | 3319,92 | <1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 446 | Sunitinibum | Sunitynib Mylan, kaps. twarde, 50 mg | 28 szt. (blister) | 05909991419479 | 2022-05-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1079.0, Sunitynib | 5800,00 | 6264,00 | 6639,84 | 6639,84 | <1>C.88.a.; <2>C.88.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 447 | Sunitinibum | Sutent, kaps. twarde, 12,5 mg | 28 szt. | 05909990079377 | <1>2021-07-01/<2>2021-09-01 | 3 lata | 1079.0, Sunitynib | 4210,40 | 4547,23 | 4820,06 | 1659,96 | <1>C.88.a.; <2>C.88.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 448 | Sunitinibum | Sutent, kaps. twarde, 25 mg | 28 szt. | 05909990079384 | <1>2021-07-01/<2>2021-09-01 | 3 lata | 1079.0, Sunitynib | 8420,80 | 9094,46 | 9640,13 | 3319,92 | <1>C.88.a.; <2>C.88.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 449 | Sunitinibum | Sutent, kaps. twarde, 50 mg | 28 szt. | 05909990079391 | 2021-07-01 | 3 lata | 1079.0, Sunitynib | 16841,60 | 18188,93 | 19280,27 | 6639,84 | C.88.a. | bezpłatny | 0 zł |
| 450 | Tamoxifenum | Tamoxifen-EGIS, tabl., 20 mg | 30 szt. | 05909990775316 | 2022-01-01 | 3 lata | 1036.0, Tamoxifenum | 13,20 | 14,26 | 15,11 | 15,11 | C.52. | bezpłatny | 0 zł |
| 451 | Temozolomidum | Temozolomide Accord, kaps. twarde, 100 mg | 5 szt. (saszetka) | 05055565719350 | 2021-09-01 | 3 lata | 1080.0, Temozolomidum | 200,00 | 216,00 | 228,96 | 194,60 | C.64. | bezpłatny | 0 zł |
| 452 | Temozolomidum | Temozolomide Accord, kaps. twarde, 140 mg | 5 szt. (saszetka) | 05055565719367 | 2021-09-01 | 3 lata | 1080.0, Temozolomidum | 300,00 | 324,00 | 343,44 | 272,44 | C.64. | bezpłatny | 0 zł |
| 453 | Temozolomidum | Temozolomide Accord, kaps. twarde, 180 mg | 5 szt. (saszetka) | 05055565719374 | 2021-09-01 | 3 lata | 1080.0, Temozolomidum | 400,00 | 432,00 | 457,92 | 350,28 | C.64. | bezpłatny | 0 zł |
| 454 | Temozolomidum | Temozolomide Accord, kaps. twarde, 20 mg | 5 szt. (saszetka) | 05055565719343 | 2021-09-01 | 3 lata | 1080.0, Temozolomidum | 40,00 | 43,20 | 45,79 | 38,92 | C.64. | bezpłatny | 0 zł |
| 455 | Temozolomidum | Temozolomide Accord, kaps. twarde, 250 mg | 5 szt. (saszetka) | 05055565719381 | 2021-09-01 | 3 lata | 1080.0, Temozolomidum | 550,00 | 594,00 | 629,64 | 486,50 | C.64. | bezpłatny | 0 zł |
| 456 | Temozolomidum | Temozolomide Accord, kaps. twarde, 5 mg | 5 szt. (saszetka) | 05055565719336 | 2021-09-01 | 3 lata | 1080.0, Temozolomidum | 10,00 | 10,80 | 11,45 | 9,73 | C.64. | bezpłatny | 0 zł |
| 457 | Temozolomidum | Temozolomide Glenmark, kapsułki twarde, 100 mg | 5 szt. | 05909991438449 | 2022-01-01 | 3 lata | 1080.0, Temozolomidum | 208,33 | 225,00 | 238,50 | 194,60 | C.64. | bezpłatny | 0 zł |
| 458 | Temozolomidum | Temozolomide Glenmark, kapsułki twarde, 140 mg | 5 szt. | 05909991438456 | 2022-01-01 | 3 lata | 1080.0, Temozolomidum | 291,67 | 315,00 | 333,90 | 272,44 | C.64. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Wysokość limitu finansowania | Oznaczenie załącznika zawierającego zakres 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 |
| 459 | Temozolomidum | Temozolomide Glenmark, kapsułki twarde, 180 mg | 5 szt. | 05909991438463 | 2022-01-01 | 3 lata | 1080.0, Temozolomidum | 375,00 | 405,00 | 429,30 | 350,28 | C.64. | bezpłatny | 0 zł |
| 460 | Temozolomidum | Temozolomide Glenmark, kapsułki twarde, 20 mg | 5 szt. | 05909991438432 | 2022-01-01 | 3 lata | 1080.0, Temozolomidum | 41,67 | 45,00 | 47,70 | 38,92 | C.64. | bezpłatny | 0 zł |
| 461 | Temozolomidum | Temozolomide Glenmark, kapsułki twarde, 250 mg | 5 szt. | 05909991438470 | 2022-01-01 | 3 lata | 1080.0, Temozolomidum | 520,83 | 562,50 | 596,25 | 486,50 | C.64. | bezpłatny | 0 zł |
| 462 | Temozolomidum | Temozolomide Glenmark, kapsułki twarde, 5 mg | 5 szt. | 05909991438401 | 2022-01-01 | 3 lata | 1080.0, Temozolomidum | 10,42 | 11,25 | 11,93 | 9,73 | C.64. | bezpłatny | 0 zł |
| 463 | Temozolomidum | Temozolomide Sun, kapsułki twarde, 100 mg | 5 szt. | 05909991288006 | 2021-11-01 | 3 lata | 1080.0, Temozolomidum | 170,00 | 183,60 | 194,62 | 194,60 | C.64. | bezpłatny | 0 zł |
| 464 | Temozolomidum | Temozolomide Sun, kapsułki twarde, 140 mg | 5 szt. | 05909991288037 | 2021-11-01 | 3 lata | 1080.0, Temozolomidum | 238,00 | 257,04 | 272,46 | 272,44 | C.64. | bezpłatny | 0 zł |
| 465 | Temozolomidum | Temozolomide Sun, kapsułki twarde, 180 mg | 5 szt. | 05909991288068 | 2021-11-01 | 3 lata | 1080.0, Temozolomidum | 306,00 | 330,48 | 350,31 | 350,28 | C.64. | bezpłatny | 0 zł |
| 466 | Temozolomidum | Temozolomide Sun, kapsułki twarde, 20 mg | 5 szt. | 05909991287979 | 2021-11-01 | 3 lata | 1080.0, Temozolomidum | 34,00 | 36,72 | 38,92 | 38,92 | C.64. | bezpłatny | 0 zł |
| 467 | Temozolomidum | Temozolomide Sun, kapsułki twarde, 250 mg | 5 szt. | 05909991288099 | 2021-11-01 | 3 lata | 1080.0, Temozolomidum | 425,00 | 459,00 | 486,54 | 486,50 | C.64. | bezpłatny | 0 zł |
| 468 | Temozolomidum | Temozolomide Sun, kapsułki twarde, 5 mg | 5 szt. | 05909991287948 | 2021-11-01 | 3 lata | 1080.0, Temozolomidum | 8,50 | 9,18 | 9,73 | 9,73 | C.64. | bezpłatny | 0 zł |
| 469 | Tioguaninum | Lanvis, tabl., 40 mg | 25 szt. | 05909990185214 | 2022-07-01 | 3 lata | 1100.0, Tioguaninum | 372,00 | 401,76 | 425,87 | 425,87 | C.56. | bezpłatny | 0 zł |
| 470 | Topotecanum | Topotecanum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml | 1 fiol. a 1 ml | 05909990984756 | 2024-04-01 | 3 lata | 1038.1, Topotecanum inj. | 65,00 | 70,20 | 74,41 | 74,41 | C.57.2. | bezpłatny | 0 zł |
| 471 | Topotecanum | Topotecanum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml | 1 fiol. a 4 ml | 05909990984770 | 2024-04-01 | 3 lata | 1038.1, Topotecanum inj. | 260,00 | 280,80 | 297,65 | 297,64 | C.57.2. | bezpłatny | 0 zł |
| 472 | Trastuzumabum | Herzuma, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 150 mg | 1 fiol. | 05996537004107 | 2024-04-01 | 2 lata | 1082.0, Trastuzumabum | 671,00 | 724,68 | 768,16 | 768,16 | <1>C.86a.; <2>C.86.b.; <3>C.86.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 473 | Trastuzumabum | Herzuma, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 420 mg | 1 fiol. | 05996537005050 | 2024-04-01 | 2 lata | 1082.0, Trastuzumabum | 1878,80 | 2029,10 | 2150,85 | 2150,85 | <1>C.86a.; <2>C.86.b.; <3>C.86.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 474 | Trastuzumabum | Kanjinti, proszek do sporządzania koncentratu do przygotowania roztworu do infuzji, 150 mg | 1 fiolka po 20 ml | 08715131016982 | <1>2023-07-01/<2>2021-07-01/<3>2023-11-01 | <1><3>2 lata/<2>3 lata | 1082.0, Trastuzumabum | 839,70 | 906,88 | 961,29 | 961,29 | <1>C.86a.; <2>C.86.b.; <3>C.86.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 475 | Trastuzumabum | Kanjinti, proszek do sporządzania koncentratu do przygotowania roztworu do infuzji, 420 mg | 1 fiolka po 50 ml | 08715131016975 | <1>2023-07-01/<2>2021-07-01/<3>2023-11-01 | <1><3>2 lata/<2>3 lata | 1082.0, Trastuzumabum | 2351,16 | 2539,25 | 2691,61 | 2691,61 | <1>C.86a.; <2>C.86.b.; <3>C.86.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 476 | Trastuzumabum | Ogivri, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 150 mg | 1 fiol. proszku 15 ml | 05901797710415 | <1><2>2022-07-01/<3>2023-11-01 | <1><3>2 lata/<2>3 lata | 1082.0, Trastuzumabum | 1157,00 | 1249,56 | 1324,53 | 961,29 | <1>C.86a.; <2>C.86.b.; <3>C.86.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 477 | Trastuzumabum | Ogivri, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 420 mg | 1 fiol. proszku | 05901797710781 | <1><2>2023-03-01/<3>2023-11-01 | 2 lata | 1082.0, Trastuzumabum | 2515,46 | 2716,70 | 2879,70 | 2691,61 | <1>C.86a.; <2>C.86.b.; <3>C.86.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 478 | Trastuzumabum | Trazimera, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 150 mg | 1 fiol. proszku | 05415062339176 | <1><2>2022-09-01/<3>2023-11-01 | <1><3>2 lata/<2>3 lata | 1082.0, Trastuzumabum | 780,00 | 842,40 | 892,94 | 892,94 | <1>C.86a.; <2>C.86.b.; <3>C.86.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 479 | Trastuzumabum | Trazimera, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 420 mg | 1 fiol. proszku | 05415062346655 | 2023-11-01 | 2 lata | 1082.0, Trastuzumabum | 2610,00 | 2818,80 | 2987,93 | 2691,61 | <1>C.86a.; <2>C.86.b.; <3>C.86.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 480 | Trastuzumabum | Zercepac, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 150 mg | 1 fiol. | 05055565766378 | <1><2>2024-01-01/<3>2023-11-01 | 2 lata | 1082.0, Trastuzumabum | 830,00 | 896,40 | 950,18 | 950,18 | <1>C.86a.; <2>C.86.b.; <3>C.86.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 481 | Trastuzumabum | Zercepac, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 420 mg | 1 fiol. | 05055565775943 | 2024-01-01 | 2 lata | 1082.0, Trastuzumabum | 2324,00 | 2509,92 | 2660,52 | 2660,52 | <1>C.86a.; <2>C.86.b.; <3>C.86.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 482 | Vincristini sulfas | Vincristine Teva, roztwór do wstrzykiwań, 1 mg/ml | 1 fiol.po 1 ml | 05909990669493 | 2022-07-01 | 3 lata | 1041.0, Vincristinum | 33,23 | 35,89 | 38,04 | 30,60 | C.61. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Cena zbytu netto | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Wysokość limitu finansowania | Oznaczenie załącznika zawierającego zakres 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** |
| 483 | Vincristini sulfas | Vincristine Teva, roztwór do wstrzykiwań, 1 mg/ml | 1 fiol.po 5 ml | 05909990669523 | 2022-07-01 | 3 lata | 1041.0, Vincristinum | 133,64 | 144,33 | 152,99 | 152,99 | C.61. | bezpłatny | 0 zł |
| 484 | Vinorelbinum | Navelbine, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 10 amp. 1 ml | 05909990173617 | 2022-01-01 | 3 lata | 1042.1, Vinorelbinum inj | 450,80 | 486,86 | 516,08 | 229,00 | C.63. | bezpłatny | 0 zł |
| 485 | Vinorelbinum | Navelbine, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 10 amp. 5 ml | 05909990173624 | 2022-01-01 | 3 lata | 1042.1, Vinorelbinum inj | 2254,00 | 2434,32 | 2580,38 | 1145,00 | C.63. | bezpłatny | 0 zł |
| 486 | Vinorelbinum | Navelbine, kaps. miękkie, 20 mg | 1 szt. | 05909990945016 | 2022-07-01 | 3 lata | 1042.2, Vinorelbinum p.o. | 156,81 | 169,35 | 179,52 | 133,25 | C.63. | bezpłatny | 0 zł |
| 487 | Vinorelbinum | Navelbine, kaps. miękkie, 30 mg | 1 szt. | 05909990945115 | 2022-07-01 | 3 lata | 1042.2, Vinorelbinum p.o. | 235,21 | 254,03 | 269,27 | 199,88 | C.63. | bezpłatny | 0 zł |
| 488 | Vinorelbinum | Navirel, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 10 fiol.po 1 ml | 05909990573325 | 2022-01-01 | 3 lata | 1042.1, Vinorelbinum inj | 200,00 | 216,00 | 228,96 | 228,96 | C.63. | bezpłatny | 0 zł |
| 489 | Vinorelbinum | Navirel, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 10 fiol.po 5 ml | 05909990573349 | 2022-01-01 | 3 lata | 1042.1, Vinorelbinum inj | 1000,00 | 1080,00 | 1144,80 | 1144,80 | C.63. | bezpłatny | 0 zł |
| 490 | Vinorelbinum | Neocitec, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol.a 1 ml | 05909990668045 | 2021-07-01 | 3 lata | 1042.1, Vinorelbinum inj | 30,00 | 32,40 | 34,34 | 22,90 | C.63. | bezpłatny | 0 zł |
| 491 | Vinorelbinum | Neocitec, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol.a 5 ml | 05909990668052 | 2021-07-01 | 3 lata | 1042.1, Vinorelbinum inj | 150,00 | 162,00 | 171,72 | 114,50 | C.63. | bezpłatny | 0 zł |
| 492 | Vinorelbinum | Vinorelbine Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol. 1 ml | 05909991314439 | 2022-09-01 | 3 lata | 1042.1, Vinorelbinum inj | 20,00 | 21,60 | 22,90 | 22,90 | C.63. | bezpłatny | 0 zł |
| 493 | Vinorelbinum | Vinorelbine Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol. 5 ml | 05909991314446 | 2022-09-01 | 3 lata | 1042.1, Vinorelbinum inj | 100,00 | 108,00 | 114,48 | 114,48 | C.63. | bezpłatny | 0 zł |
| 494 | Vinorelbinum | Vinorelbine Alvogen/Vinorelbine Zentiva , kaps. miękkie, 20 mg | 1 kaps. | 05909991402365 | 2022-09-01 | 3 lata | 1042.2, Vinorelbinum p.o. | 116,40 | 125,71 | 133,25 | 133,25 | C.63. | bezpłatny | 0 zł |
| 495 | Vinorelbinum | Vinorelbine Alvogen/Vinorelbine Zentiva , kaps. miękkie, 30 mg | 1 kaps. | 05909991402389 | 2022-09-01 | 3 lata | 1042.2, Vinorelbinum p.o. | 174,60 | 188,57 | 199,89 | 199,88 | C.63. | bezpłatny | 0 zł |
| 496 | Vinorelbinum | Vinorelbine Alvogen/Vinorelbine Zentiva , kaps. miękkie, 80 mg | 1 kaps. | 05909991402402 | 2022-09-01 | 3 lata | 1042.2, Vinorelbinum p.o. | 465,60 | 502,85 | 533,02 | 533,00 | C.63. | bezpłatny | 0 zł |
| 497 | 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 |
| 498 | 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<br>*w przypadku:*<br>*niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością* |
| 2 | **DARBEPOETIN ALFA** | D46.0 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW<br>*w przypadku:*<br>*niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością* |
| 3 | **DARBEPOETIN ALFA** | D46.1 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI<br>*w przypadku:*<br>*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<br>*w przypadku:*<br>*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<br>*w przypadku:*<br>*niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością* |
| 6 | **DARBEPOETIN ALFA** | D46.4 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA<br>*w przypadku:*<br>*niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością* |
| 7 | **DARBEPOETIN ALFA** | D46.7 | INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE<br>*w przypadku:*<br>*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, NIEOKRESLONY<br>*w przypadku:*<br>*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<br>*w przypadku:*<br>*niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością* |
| 2 | **EPOETINUM ALPHA** | D46.0 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW<br>*w przypadku:*<br>*niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością* |
| 3 | **EPOETINUM ALPHA** | D46.1 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI<br>*w przypadku:*<br>*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<br>*w przypadku:*<br>*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<br>*w przypadku:*<br>*niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością* |
| 6 | **EPOETINUM ALPHA** | D46.4 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA<br>*w przypadku:*<br>*niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością* |
| 7 | **EPOETINUM ALPHA** | D46.7 | INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE<br>*w przypadku:*<br>*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<br>*w przypadku:*<br>*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;<br>– NAWRÓT OSTREJ BIAŁACZKI LIMFOBLASTYCZNEJ U DZIECI PONIŻEJ 18 ROKU ŻYCIA;<br>– 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:<br>— OTRZYMUJĄCYCH CHEMIOTERAPIĘ MOGĄCĄ POWODOWAĆ DŁUGOTRWAŁĄ NEUTROPENIĘ I U KTÓRYCH JEST DUŻE RYZYKO ROZWOJU INWAZYJNYCH ZAKAŻEŃ GRZYBICZYCH<br>LUB<br>— WTÓRNA PROFILAKTYKA PRZECIWGRZYBICZA, UKIERUNKOWANA NA WCZEŚNIEJ WYSTĘPUJĄCE ZAKAŻENIA GRZYBICZE - DO CZASU ZAKOŃCZENIA CHEMIOTERAPII |
| | | CHŁONIAKI ZŁOŚLIWE - U DZIECI DO 18 ROKU ŻYCIA:<br>— OTRZYMUJĄCYCH CHEMIOTERAPIĘ MOGĄCĄ POWODOWAĆ DŁUGOTRWAŁĄ NEUTROPENIĘ I U KTÓRYCH JEST DUŻE RYZYKO ROZWOJU INWAZYJNYCH ZAKAŻEŃ GRZYBICZYCH<br>LUB<br>— WTÓRNA PROFILAKTYKA PRZECIWGRZYBICZA, UKIERUNKOWANA NA WCZEŚNIEJ WYSTĘPUJĄCE ZAKAŻENIA GRZYBICZE - DO CZASU ZAKOŃCZENIA CHEMIOTERAPII |
| | | NOWOTWORY LITE - U DZIECI DO 18 ROKU ŻYCIA:<br>— OTRZYMUJĄCYCH CHEMIOTERAPIĘ MOGĄCĄ POWODOWAĆ DŁUGOTRWAŁĄ NEUTROPENIĘ I U KTÓRYCH JEST DUŻE RYZYKO ROZWOJU INWAZYJNYCH ZAKAŻEŃ GRZYBICZYCH<br>LUB<br>— 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<br>*w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej* |
| 2. | **CAPECITABINE** | C01 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA<br>*w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej* |
| 3. | **CAPECITABINE** | C02 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA<br>*w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej* |
| 4. | **CAPECITABINE** | C03 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA<br>*w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej* |
| 5. | **CAPECITABINE** | C04 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ<br>*w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej* |
| 6. | **CAPECITABINE** | C05 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA<br>*w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej* |
| 7. | **CAPECITABINE** | C06 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ<br>*w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej* |
| 8. | **CAPECITABINE** | C07 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ<br>*w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej* |
| 9. | **CAPECITABINE** | C08 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH<br>*w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej* |
| 10. | **CAPECITABINE** | C09 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIGDAŁKA<br>*w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej* |
| 11. | **CAPECITABINE** | C10 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA<br>*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<br>*w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej* |
| 13. | **CAPECITABINE** | C12 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZACHYŁKA GRUSZKOWATEGO<br>*w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej* |
| 14. | **CAPECITABINE** | C13 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA<br>*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<br>*w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej* |
| 16. | **CAPECITABINE** | C15 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZEŁYKU<br>*w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej* |
| 17. | **CAPECITABINE** | C17 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO<br>*w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej* |
| 17. | **CAPECITABINE** | C21 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU<br>*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 | NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO |
| 589 | **CISPLATINUM** | D14 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO |
| 590 | **CISPLATINUM** | D14.0 | UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE |
| 591 | **CISPLATINUM** | D14.1 | KRTAŃ |
| 592 | **CISPLATINUM** | D14.2 | TCHAWICA |
| 593 | **CISPLATINUM** | D14.3 | OSKRZELA I PŁUCA |
| 594 | **CISPLATINUM** | D14.4 | UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE |
| 595 | **CISPLATINUM** | D15 | NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ |
| 596 | **CISPLATINUM** | D15.0 | GRASICA |
| 597 | **CISPLATINUM** | D15.1 | SERCE |
| 598 | **CISPLATINUM** | D15.2 | 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, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH |
| 746 | **CISPLATINUM** | D47.9 | NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 747 | **CISPLATINUM** | D48 | NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 748 | **CISPLATINUM** | D48.0 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE |
| 749 | **CISPLATINUM** | D48.1 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE |
| 750 | **CISPLATINUM** | D48.2 | NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY |
| 751 | **CISPLATINUM** | D48.3 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA |
| 752 | **CISPLATINUM** | D48.4 | OTRZEWNA |
| 753 | **CISPLATINUM** | D48.5 | SKÓRA |
| 754 | **CISPLATINUM** | D48.6 | SUTEK |
| 755 | **CISPLATINUM** | D48.7 | INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE |
| 756 | **CISPLATINUM** | D48.9 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY |
| 757 | **CISPLATINUM** | D76.0 | HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ |
| 758 | **CISPLATINUM** | D76.1 | LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ |
| 759 | **CISPLATINUM** | E85 | AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/ |
| 760 | **CISPLATINUM** | E85.0 | SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE,POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA |
| 761 | **CISPLATINUM** | E85.1 | SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA,POSTAĆ NEUROPATYCZNA |
| 762 | **CISPLATINUM** | E85.2 | SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA |
| 763 | **CISPLATINUM** | E85.3 | WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE |
| 764 | **CISPLATINUM** | E85.4 | ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH |
| 765 | **CISPLATINUM** | E85.8 | INNE AMYLOIDOZY |
| 766 | **CISPLATINUM** | E85.9 | AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA |

Załącznik C.12.

## CLADRIBINUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1 | **CLADRIBINUM** | D76 | NIEKTÓRE CHOROBY DOTYCZĄCE UKŁADU 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 NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH |
| 360 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C76.0 | GŁOWA, TWARZ I SZYJA |
| 361 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C76.1 | KLATKA PIERSIOWA |
| 362 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C76.2 | BRZUCH |
| 363 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C76.3 | MIEDNICA |
| 364 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C76.4 | KOŃCZYNA GÓRNA |
| 365 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C76.5 | KOŃCZYNA DOLNA |
| 366 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C76.7 | INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE |
| 367 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C76.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 368 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C77 | WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH |
| 369 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C77.0 | WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI |
| 370 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C77.1 | WĘZŁY CHŁONNE WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 371 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C77.2 | WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ |
| 372 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C77.3 | WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY |
| 373 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C77.4 | WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY |
| 374 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C77.5 | WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY |
| 375 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C77.8 | WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW |
| 376 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C77.9 | WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE |
| 377 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C78 | WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGI I TRAWIENNEGO |
| 378 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C78.0 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC |
| 379 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C78.1 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA |
| 380 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C78.2 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ |
| 381 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C78.3 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH |
| 382 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C78.4 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO |
| 383 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C78.5 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY |
| 384 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C78.6 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ |
| 385 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C78.7 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY |
| 386 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C78.8 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO |
| 387 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C79 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 388 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C79.0 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ |
| 389 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C79.1 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO |
| 390 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C79.2 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY |
| 391 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C79.3 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH |
| 392 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C79.4 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 393 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C79.5 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO |
| 394 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C79.6 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA |
| 395 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C79.7 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY |
| 396 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C79.8 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 397 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C80 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA |
| 398 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C81 | CHOROBA HODGKINA |
| 399 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C81.0 | PRZEWAGA LIMFOCYTÓW |
| 400 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C81.1 | STWARDNIENIE GUZKOWE |
| 401 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C81.2 | MIESZANOKOMÓRKOWA |
| 402 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C81.3 | ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW |
| 403 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C81.7 | INNA CHOROBA HODGKINA |
| 404 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C81.9 | CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA |
| 405 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C82 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY) |
| 406 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C82.0 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY |
| 407 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C82.1 | MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY |
| 408 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C82.2 | WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY |
| 409 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C82.7 | INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO |
| 410 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C82.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 411 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C83 | CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE |
| 412 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C83.0 | Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 413 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C83.1 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY) |
| 414 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C83.2 | MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 415 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C83.3 | WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY) |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 416 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C83.4 | IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 417 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C83.5 | LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 418 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C83.6 | NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY) |
| 419 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C83.7 | GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA |
| 420 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C83.8 | INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 421 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C83.9 | ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 422 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C84 | OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 423 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C84.0 | ZIARNINIAK GRZYBIASTY |
| 424 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C84.1 | CHOROBA SEZARY' EGO |
| 425 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C84.2 | CHŁONIAK STREFY T |
| 426 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C84.3 | CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY |
| 427 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C84.4 | OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 428 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C84.5 | INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T |
| 429 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C85 | INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 430 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C85.0 | MIĘSAK LIMFATYCZNY |
| 431 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C85.1 | CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY |
| 432 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C85.7 | INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO |
| 433 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C85.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 434 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C88 | ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE |
| 435 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C88.0 | MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA |
| 436 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C88.1 | CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA |
| 437 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C88.2 | CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA |
| 438 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C88.3 | CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO |
| 439 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C88.7 | INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 440 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C88.9 | ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE |
| 441 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C90 | SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH |
| 442 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C90.0 | SZPICZAK MNOGI |
| 443 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C90.1 | BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA |
| 444 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C90.2 | POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA |
| 445 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C91 | BIAŁACZKA LIMFATYCZNA |
| 446 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C91.0 | OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA |
| 447 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C91.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA |
| 448 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C91.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA |
| 449 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C91.3 | BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA |
| 450 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C91.4 | BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL) |
| 451 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C91.5 | BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T |
| 452 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C91.7 | INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA |
| 453 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C91.9 | BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA |
| 454 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C92 | BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 455 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C92.0 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 456 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C92.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 457 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C92.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 458 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C92.3 | MIĘSAK SZPIKOWY |
| 459 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C92.4 | OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA |
| 460 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C92.5 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA |
| 461 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C92.7 | INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 462 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C92.9 | BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA |
| 463 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C93 | BIAŁACZKA MONOCYTOWA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 464 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C93.0 | OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 465 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C93.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 466 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C93.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 467 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C93.7 | INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 468 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C93.9 | BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA |
| 469 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C94 | INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU |
| 470 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C94.0 | OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA) |
| 471 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C94.1 | PRZEWLEKŁA CZERWIENICA |
| 472 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C94.2 | OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA |
| 473 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C94.3 | BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH |
| 474 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C94.4 | OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA |
| 475 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C94.5 | OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU |
| 476 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C94.7 | INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA |
| 477 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C95 | BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 478 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C95.0 | OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 479 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C95.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 480 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C95.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 481 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C95.7 | INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 482 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C95.9 | BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA |
| 483 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C96 | INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH |
| 484 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C96.0 | CHOROBA LETTERERA-SIWEGO |
| 485 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C96.1 | HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA |
| 486 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C96.2 | GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 487 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C96.3 | PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY |
| 488 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C96.7 | INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH |
| 489 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C96.9 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE |
| 490 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | C97 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ |
| 491 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D01 | RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH |
| 492 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D01.0 | OKRĘŻNICA |
| 493 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D01.1 | ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE |
| 494 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D01.2 | ODBYTNICA |
| 495 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D01.3 | ODBYT I KANAŁ ODBYTU |
| 496 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D01.4 | INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA |
| 497 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D01.5 | WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE |
| 498 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D01.7 | INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE |
| 499 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D01.9 | NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE |
| 500 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D03 | CZERNIAK IN SITU |
| 501 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D03.0 | CZERNIAK IN SITU WARGI |
| 502 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D03.1 | CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA |
| 503 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D03.2 | CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO |
| 504 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D03.3 | CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY |
| 505 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D03.4 | CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI |
| 506 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D03.5 | CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA |
| 507 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D03.6 | CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 508 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D03.7 | CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 509 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D03.8 | CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 510 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D03.9 | CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY |
| 511 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D06 | RAK IN SITU SZYJKI MACICY |
| 512 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D06.0 | BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY |
| 513 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D06.1 | BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY |
| 514 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D06.7 | INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY |
| 515 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D06.9 | SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA |
| 516 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D07 | RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 517 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D07.0 | BŁONA ŚLUZOWA MACICY |
| 518 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D07.1 | SROM |
| 519 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D07.2 | POCHWA |
| 520 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D07.3 | INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE |
| 521 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D07.4 | PRĄCIE |
| 522 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D07.5 | GRUCZOŁ KROKOWY |
| 523 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D07.6 | INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE |
| 524 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D09 | RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 525 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D09.0 | PĘCHERZ MOCZOWY |
| 526 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D09.1 | INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO |
| 527 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D09.2 | OKO |
| 528 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D09.3 | TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 529 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D09.7 | RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 530 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D09.9 | RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY |
| 531 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D10 | NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA |
| 532 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D10.0 | WARGA |
| 533 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D10.1 | JĘZYK |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 534 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D10.2 | DNO JAMY USTNEJ |
| 535 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D10.3 | INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ |
| 536 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D10.4 | MIGDAŁEK |
| 537 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D10.5 | INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE |
| 538 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D10.6 | CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA |
| 539 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D10.7 | CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA |
| 540 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D10.9 | GARDŁO, NIEOKREŚLONE |
| 541 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D11 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH |
| 542 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D11.0 | ŚLINIANKA PRZYUSZNA |
| 543 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D11.7 | INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE |
| 544 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D11.9 | DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE |
| 545 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D12 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY,ODBYTNICY,ODBYTU I KANAŁU ODBYTU |
| 546 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D12.0 | JELITO ŚLEPE |
| 547 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D12.1 | WYROSTEK ROBACZKOWY |
| 548 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D12.2 | OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA |
| 549 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D12.3 | OKRĘŻNICA POPRZECZNA |
| 550 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D12.4 | OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA |
| 551 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D12.5 | OKRĘŻNICA ESOWATA |
| 552 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D12.6 | OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA |
| 553 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D12.7 | ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE |
| 554 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D12.8 | ODBYTNICA |
| 555 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D12.9 | ODBYT I KANAŁ ODBYTU |
| 556 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D13 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I 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, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 740 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D47.9 | NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, 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, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH |
| 714 | **DACARBAZINUM** | D47.0 | GUZY HISTIOCYTÓW I KOMÓREK TUCZNYCH O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE |
| 715 | **DACARBAZINUM** | D47.1 | PRZEWLEKŁA CHOROBA UKŁADU WYTWÓRCZEGO SZPIKU |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 716 | **DACARBAZINUM** | D47.2 | GAMMOPATIA MONOKLONALNA |
| 717 | **DACARBAZINUM** | D47.3 | SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA) |
| 718 | **DACARBAZINUM** | D47.7 | INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH |
| 719 | **DACARBAZINUM** | D47.9 | NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE |
| 720 | **DACARBAZINUM** | D48 | NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 721 | **DACARBAZINUM** | D48.0 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE |
| 722 | **DACARBAZINUM** | D48.1 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE |
| 723 | **DACARBAZINUM** | D48.2 | NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY |
| 724 | **DACARBAZINUM** | D48.3 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA |
| 725 | **DACARBAZINUM** | D48.4 | OTRZEWNA |
| 726 | **DACARBAZINUM** | D48.5 | SKÓRA |
| 727 | **DACARBAZINUM** | D48.6 | SUTEK |
| 728 | **DACARBAZINUM** | D48.7 | INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE |
| 729 | **DACARBAZINUM** | D48.9 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY |
| 730 | **DACARBAZINUM** | D76.0 | HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ |
| 731 | **DACARBAZINUM** | D76.1 | LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ |
| 732 | **DACARBAZINUM** | E85 | AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/ |
| 733 | **DACARBAZINUM** | E85.0 | SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE,POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA |
| 734 | **DACARBAZINUM** | E85.1 | SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA,POSTAĆ NEUROPATYCZNA |
| 735 | **DACARBAZINUM** | E85.2 | SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 736 | **DACARBAZINUM** | E85.3 | WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE |
| 737 | **DACARBAZINUM** | E85.4 | ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH |
| 738 | **DACARBAZINUM** | E85.8 | INNE AMYLOIDOZY |
| 739 | **DACARBAZINUM** | E85.9 | AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA |

Załącznik C.19.

**DOCETAXELUM**

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1 | **DOCETAXELUM** | C00 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI |
| 2 | **DOCETAXELUM** | C00.0 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ |
| 3 | **DOCETAXELUM** | C00.1 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ |
| 4 | **DOCETAXELUM** | C00.2 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA |
| 5 | **DOCETAXELUM** | C00.3 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ |
| 6 | **DOCETAXELUM** | C00.4 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ |
| 7 | **DOCETAXELUM** | C00.5 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA) |
| 8 | **DOCETAXELUM** | C00.6 | SPOIDŁO WARGI |
| 9 | **DOCETAXELUM** | C00.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI |
| 10 | **DOCETAXELUM** | C00.9 | WARGA, NIEOKREŚLONA |
| 11 | **DOCETAXELUM** | C01 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA |
| 12 | **DOCETAXELUM** | C02 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA |
| 13 | **DOCETAXELUM** | C02.0 | POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA |
| 14 | **DOCETAXELUM** | C02.1 | BRZEG JĘZYKA |
| 15 | **DOCETAXELUM** | C02.2 | DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA |
| 16 | **DOCETAXELUM** | C02.3 | PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 17 | **DOCETAXELUM** | C02.4 | MIGDAŁEK JĘZYKOWY |
| 18 | **DOCETAXELUM** | C02.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA |
| 19 | **DOCETAXELUM** | C02.9 | JĘZYK, NIEOKREŚLONY |
| 20 | **DOCETAXELUM** | C03 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA |
| 21 | **DOCETAXELUM** | C03.0 | DZIĄSŁO GÓRNE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 22 | **DOCETAXELUM** | C03.1 | DZIĄSŁO DOLNE |
| 23 | **DOCETAXELUM** | C03.9 | DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE |
| 24 | **DOCETAXELUM** | C04 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ |
| 25 | **DOCETAXELUM** | C04.0 | PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ |
| 26 | **DOCETAXELUM** | C04.1 | BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ |
| 27 | **DOCETAXELUM** | C04.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ |
| 28 | **DOCETAXELUM** | C04.9 | DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE |
| 29 | **DOCETAXELUM** | C05 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA |
| 30 | **DOCETAXELUM** | C05.0 | PODNIEBIENIE TWARDE |
| 31 | **DOCETAXELUM** | C05.1 | PODNIEBIENIE MIĘKKIE |
| 32 | **DOCETAXELUM** | C05.2 | JĘZYCZEK |
| 33 | **DOCETAXELUM** | C05.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO |
| 34 | **DOCETAXELUM** | C05.9 | PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE |
| 35 | **DOCETAXELUM** | C06 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ |
| 36 | **DOCETAXELUM** | C06.0 | ŚLUZÓWKA POLICZKA |
| 37 | **DOCETAXELUM** | C06.1 | PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ |
| 38 | **DOCETAXELUM** | C06.2 | PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA |
| 39 | **DOCETAXELUM** | C06.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ |
| 40 | **DOCETAXELUM** | C06.9 | JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA |
| 41 | **DOCETAXELUM** | C07 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ |
| 42 | **DOCETAXELUM** | C08 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH |
| 43 | **DOCETAXELUM** | C08.0 | ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA |
| 44 | **DOCETAXELUM** | C08.1 | ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA |
| 45 | **DOCETAXELUM** | C08.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH |
| 46 | **DOCETAXELUM** | C08.9 | DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE |
| 47 | **DOCETAXELUM** | C09 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 48 | **DOCETAXELUM** | C09.0 | DÓŁ MIGDAŁKOWY |
| 49 | **DOCETAXELUM** | C09.1 | ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY) |
| 50 | **DOCETAXELUM** | C09.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA |
| 51 | **DOCETAXELUM** | C09.9 | MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY |
| 52 | **DOCETAXELUM** | C10 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX) |
| 53 | **DOCETAXELUM** | C10.0 | DOLINKA NAGŁOŚNIOWA |
| 54 | **DOCETAXELUM** | C10.1 | PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI |
| 55 | **DOCETAXELUM** | C10.2 | ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 56 | **DOCETAXELUM** | C10.3 | ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 57 | **DOCETAXELUM** | C10.4 | SZCZELINA SKRZELOWA |
| 58 | **DOCETAXELUM** | C10.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 59 | **DOCETAXELUM** | C10.9 | CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |
| 60 | **DOCETAXELUM** | C11 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX) |
| 61 | **DOCETAXELUM** | C11.0 | ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 62 | **DOCETAXELUM** | C11.1 | ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 63 | **DOCETAXELUM** | C11.2 | ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 64 | **DOCETAXELUM** | C11.3 | ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 65 | **DOCETAXELUM** | C11.8 | ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 66 | **DOCETAXELUM** | C11.9 | CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |
| 67 | **DOCETAXELUM** | C12 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU GRUSZKOWATEGO |
| 68 | **DOCETAXELUM** | C13 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX) |
| 69 | **DOCETAXELUM** | C13.0 | OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ |
| 70 | **DOCETAXELUM** | C13.1 | FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO |
| 71 | **DOCETAXELUM** | C13.2 | TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA |
| 72 | **DOCETAXELUM** | C13.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA |
| 73 | **DOCETAXELUM** | C13.9 | CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 74 | **DOCETAXELUM** | C14 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA |
| 75 | **DOCETAXELUM** | C14.0 | GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM |
| 76 | **DOCETAXELUM** | C14.2 | PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA |
| 77 | **DOCETAXELUM** | C14.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA |
| 78 | **DOCETAXELUM** | C16 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA |
| 79 | **DOCETAXELUM** | C16.0 | WPUST |
| 80 | **DOCETAXELUM** | C16.1 | DNO ŻOŁĄDKA |
| 81 | **DOCETAXELUM** | C16.2 | TRZON ŻOŁĄDKA |
| 82 | **DOCETAXELUM** | C16.3 | UJŚCIE ODŹWIERNIKA |
| 83 | **DOCETAXELUM** | C16.4 | ODŹWIERNIK |
| 84 | **DOCETAXELUM** | C16.5 | KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA |
| 85 | **DOCETAXELUM** | C16.6 | KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA |
| 86 | **DOCETAXELUM** | C16.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA |
| 87 | **DOCETAXELUM** | C16.9 | ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY |
| 88 | **DOCETAXELUM** | C34 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA |
| 89 | **DOCETAXELUM** | C34.0 | OSKRZELE GŁÓWNE |
| 90 | **DOCETAXELUM** | C34.1 | PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE |
| 91 | **DOCETAXELUM** | C34.2 | PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE |
| 92 | **DOCETAXELUM** | C34.3 | PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE |
| 93 | **DOCETAXELUM** | C34.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA |
| 94 | **DOCETAXELUM** | C34.9 | OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE |
| 95 | **DOCETAXELUM** | C40 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN |
| 96 | **DOCETAXELUM** | C40.0 | ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 97 | **DOCETAXELUM** | C40.1 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 98 | **DOCETAXELUM** | C40.2 | KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 99 | **DOCETAXELUM** | C40.3 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ |
| 100 | **DOCETAXELUM** | C40.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN |
| 101 | **DOCETAXELUM** | C40.9 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE |
| 102 | **DOCETAXELUM** | C48.0 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA |
| 103 | **DOCETAXELUM** | C49.1 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 104 | **DOCETAXELUM** | C49.2 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 105 | **DOCETAXELUM** | C49.5 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY |
| 106 | **DOCETAXELUM** | C50 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA |
| 107 | **DOCETAXELUM** | C50.0 | BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ |
| 108 | **DOCETAXELUM** | C50.1 | CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA |
| 109 | **DOCETAXELUM** | C50.2 | ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA |
| 110 | **DOCETAXELUM** | C50.3 | ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA |
| 111 | **DOCETAXELUM** | C50.4 | ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 112 | **DOCETAXELUM** | C50.5 | ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 113 | **DOCETAXELUM** | C50.6 | CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA |
| 114 | **DOCETAXELUM** | C50.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA |
| 115 | **DOCETAXELUM** | C50.9 | SUTEK, NIEOKREŚLONY |
| 116 | **DOCETAXELUM** | C56 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA |
| 117 | **DOCETAXELUM** | C61 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO |

Załącznik C.20.

**DOXORUBICINUM**

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1. | **DOXORUBICINUM** | C00 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI |
| 2. | **DOXORUBICINUM** | C00.0 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ |
| 3. | **DOXORUBICINUM** | C00.1 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ |
| 4. | **DOXORUBICINUM** | C00.2 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA |
| 5. | **DOXORUBICINUM** | C00.3 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ |
| 6. | **DOXORUBICINUM** | C00.4 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ |
| 7. | **DOXORUBICINUM** | C00.5 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA) |
| 8. | **DOXORUBICINUM** | C00.6 | SPOIDŁO WARGI |
| 9. | **DOXORUBICINUM** | C00.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI |
| 10. | **DOXORUBICINUM** | C00.9 | WARGA, NIEOKREŚLONA |
| 11. | **DOXORUBICINUM** | C01 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA |
| 12. | **DOXORUBICINUM** | C02 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA |
| 13. | **DOXORUBICINUM** | C02.0 | POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA |
| 14. | **DOXORUBICINUM** | C02.1 | BRZEG JĘZYKA |
| 15. | **DOXORUBICINUM** | C02.2 | DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA |
| 16. | **DOXORUBICINUM** | C02.3 | PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 17. | **DOXORUBICINUM** | C02.4 | MIGDAŁEK JĘZYKOWY |
| 18. | **DOXORUBICINUM** | C02.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA |
| 19. | **DOXORUBICINUM** | C02.9 | JĘZYK, NIEOKREŚLONY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 20. | **DOXORUBICINUM** | C03 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA |
| 21. | **DOXORUBICINUM** | C03.0 | DZIĄSŁO GÓRNE |
| 22. | **DOXORUBICINUM** | C03.1 | DZIĄSŁO DOLNE |
| 23. | **DOXORUBICINUM** | C03.9 | DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE |
| 24. | **DOXORUBICINUM** | C04 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ |
| 25. | **DOXORUBICINUM** | C04.0 | PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ |
| 26. | **DOXORUBICINUM** | C04.1 | BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ |
| 27. | **DOXORUBICINUM** | C04.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ |
| 28. | **DOXORUBICINUM** | C04.9 | DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE |
| 29. | **DOXORUBICINUM** | C05 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA |
| 30. | **DOXORUBICINUM** | C05.0 | PODNIEBIENIE TWARDE |
| 31. | **DOXORUBICINUM** | C05.1 | PODNIEBIENIE MIĘKKIE |
| 32. | **DOXORUBICINUM** | C05.2 | JĘZYCZEK |
| 33. | **DOXORUBICINUM** | C05.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO |
| 34. | **DOXORUBICINUM** | C05.9 | PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE |
| 35. | **DOXORUBICINUM** | C06 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ |
| 36. | **DOXORUBICINUM** | C06.0 | ŚLUZÓWKA POLICZKA |
| 37. | **DOXORUBICINUM** | C06.1 | PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ |
| 38. | **DOXORUBICINUM** | C06.2 | PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA |
| 39. | **DOXORUBICINUM** | C06.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ |
| 40. | **DOXORUBICINUM** | C06.9 | JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA |
| 41. | **DOXORUBICINUM** | C07 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ |
| 42. | **DOXORUBICINUM** | C08 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH |
| 43. | **DOXORUBICINUM** | C08.0 | ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 44. | **DOXORUBICINUM** | C08.1 | ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA |
| 45. | **DOXORUBICINUM** | C08.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH |
| 46. | **DOXORUBICINUM** | C08.9 | DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE |
| 47. | **DOXORUBICINUM** | C09 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA |
| 48. | **DOXORUBICINUM** | C09.0 | DÓŁ MIGDAŁKOWY |
| 49. | **DOXORUBICINUM** | C09.1 | ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY) |
| 50. | **DOXORUBICINUM** | C09.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA |
| 51. | **DOXORUBICINUM** | C09.9 | MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY |
| 52. | **DOXORUBICINUM** | C10 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX) |
| 53. | **DOXORUBICINUM** | C10.0 | DOLINKA NAGŁOŚNIOWA |
| 54. | **DOXORUBICINUM** | C10.1 | PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI |
| 55. | **DOXORUBICINUM** | C10.2 | ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 56. | **DOXORUBICINUM** | C10.3 | ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 57. | **DOXORUBICINUM** | C10.4 | SZCZELINA SKRZELOWA |
| 58. | **DOXORUBICINUM** | C10.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 59. | **DOXORUBICINUM** | C10.9 | CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |
| 60. | **DOXORUBICINUM** | C11 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX) |
| 61. | **DOXORUBICINUM** | C11.0 | ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 62. | **DOXORUBICINUM** | C11.1 | ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 63. | **DOXORUBICINUM** | C11.2 | ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 64. | **DOXORUBICINUM** | C11.3 | ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 65. | **DOXORUBICINUM** | C11.8 | ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 66. | **DOXORUBICINUM** | C11.9 | CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |
| 67. | **DOXORUBICINUM** | C12 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU GRUSZKOWATEGO |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 68. | **DOXORUBICINUM** | C13 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX) |
| 69. | **DOXORUBICINUM** | C13.0 | OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ |
| 70. | **DOXORUBICINUM** | C13.1 | FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO |
| 71. | **DOXORUBICINUM** | C13.2 | TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA |
| 72. | **DOXORUBICINUM** | C13.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA |
| 73. | **DOXORUBICINUM** | C13.9 | CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |
| 74. | **DOXORUBICINUM** | C14 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA |
| 75. | **DOXORUBICINUM** | C14.0 | GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM |
| 76. | **DOXORUBICINUM** | C14.2 | PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA |
| 77. | **DOXORUBICINUM** | C14.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA |
| 78. | **DOXORUBICINUM** | C15 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZEŁYKU |
| 79. | **DOXORUBICINUM** | C15.0 | SZYJNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 80. | **DOXORUBICINUM** | C15.1 | PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 81. | **DOXORUBICINUM** | C15.2 | BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 82. | **DOXORUBICINUM** | C15.3 | GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 83. | **DOXORUBICINUM** | C15.4 | ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 84. | **DOXORUBICINUM** | C15.5 | DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 85. | **DOXORUBICINUM** | C15.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZEŁYKU |
| 86. | **DOXORUBICINUM** | C15.9 | PRZEŁYK, NIEOKREŚLONY |
| 87. | **DOXORUBICINUM** | C16 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA |
| 88. | **DOXORUBICINUM** | C16.0 | WPUST |
| 89. | **DOXORUBICINUM** | C16.1 | DNO ŻOŁĄDKA |
| 90. | **DOXORUBICINUM** | C16.2 | TRZON ŻOŁĄDKA |
| 91. | **DOXORUBICINUM** | C16.3 | UJŚCIE ODŹWIERNIKA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 92. | **DOXORUBICINUM** | C16.4 | ODŹWIERNIK |
| 93. | **DOXORUBICINUM** | C16.5 | KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA |
| 94. | **DOXORUBICINUM** | C16.6 | KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA |
| 95. | **DOXORUBICINUM** | C16.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA |
| 96. | **DOXORUBICINUM** | C16.9 | ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY |
| 97. | **DOXORUBICINUM** | C17 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO |
| 98. | **DOXORUBICINUM** | C17.0 | DWUNASTNICA |
| 99. | **DOXORUBICINUM** | C17.1 | JELITO CZCZE |
| 100. | **DOXORUBICINUM** | C17.2 | JELITO KRĘTE |
| 101. | **DOXORUBICINUM** | C17.3 | UCHYŁEK MECKELA |
| 102. | **DOXORUBICINUM** | C17.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO |
| 103. | **DOXORUBICINUM** | C17.9 | JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE |
| 104. | **DOXORUBICINUM** | C18 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO |
| 105. | **DOXORUBICINUM** | C18.0 | JELITO ŚLEPE |
| 106. | **DOXORUBICINUM** | C18.1 | WYROSTEK ROBACZKOWY |
| 107. | **DOXORUBICINUM** | C18.2 | OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA |
| 108. | **DOXORUBICINUM** | C18.3 | ZGIĘCIE WĄTROBOWE |
| 109. | **DOXORUBICINUM** | C18.4 | OKRĘŻNICA POPRZECZNA |
| 110. | **DOXORUBICINUM** | C18.5 | ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE |
| 111. | **DOXORUBICINUM** | C18.6 | OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA |
| 112. | **DOXORUBICINUM** | C18.7 | ESICA |
| 113. | **DOXORUBICINUM** | C18.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY |
| 114. | **DOXORUBICINUM** | C18.9 | OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA |
| 115. | **DOXORUBICINUM** | C19 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO |
| 116. | **DOXORUBICINUM** | C20 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 117. | **DOXORUBICINUM** | C21 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU |
| 118. | **DOXORUBICINUM** | C21.0 | ODBYT, NIEOKREŚLONY |
| 119. | **DOXORUBICINUM** | C21.1 | KANAŁ ODBYTU |
| 120. | **DOXORUBICINUM** | C21.2 | STREFA KLOAKOGENNA |
| 121. | **DOXORUBICINUM** | C21.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU |
| 122. | **DOXORUBICINUM** | C22 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH |
| 123. | **DOXORUBICINUM** | C22.0 | RAK KOMÓREK WĄTROBY |
| 124. | **DOXORUBICINUM** | C22.1 | RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH |
| 125. | **DOXORUBICINUM** | C22.2 | WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA) |
| 126. | **DOXORUBICINUM** | C22.3 | MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY |
| 127. | **DOXORUBICINUM** | C22.4 | INNE MIĘSAKI WĄTROBY |
| 128. | **DOXORUBICINUM** | C22.7 | INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY |
| 129. | **DOXORUBICINUM** | C22.9 | WĄTROBA, NIEOKREŚLONA |
| 130. | **DOXORUBICINUM** | C23 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO |
| 131. | **DOXORUBICINUM** | C24 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH |
| 132. | **DOXORUBICINUM** | C24.0 | ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE |
| 133. | **DOXORUBICINUM** | C24.1 | BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA |
| 134. | **DOXORUBICINUM** | C24.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH |
| 135. | **DOXORUBICINUM** | C24.9 | DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 136. | **DOXORUBICINUM** | C25 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI |
| 137. | **DOXORUBICINUM** | C25.0 | GŁOWA TRZUSTKI |
| 138. | **DOXORUBICINUM** | C25.1 | TRZON TRZUSTKI |
| 139. | **DOXORUBICINUM** | C25.2 | OGON TRZUSTKI |
| 140. | **DOXORUBICINUM** | C25.3 | PRZEWÓD TRZUSTKOWY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 141. | **DOXORUBICINUM** | C25.4 | CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI |
| 142. | **DOXORUBICINUM** | C25.7 | INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI |
| 143. | **DOXORUBICINUM** | C25.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI |
| 144. | **DOXORUBICINUM** | C25.9 | TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA |
| 145. | **DOXORUBICINUM** | C26 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH |
| 146. | **DOXORUBICINUM** | C26.0 | PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 147. | **DOXORUBICINUM** | C26.1 | ŚLEDZIONA |
| 148. | **DOXORUBICINUM** | C26.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH |
| 149. | **DOXORUBICINUM** | C26.9 | CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA |
| 150. | **DOXORUBICINUM** | C30 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO |
| 151. | **DOXORUBICINUM** | C30.0 | JAMA NOSOWA |
| 152. | **DOXORUBICINUM** | C30.1 | UCHO ŚRODKOWE |
| 153. | **DOXORUBICINUM** | C31 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH |
| 154. | **DOXORUBICINUM** | C31.0 | ZATOKA SZCZĘKOWA |
| 155. | **DOXORUBICINUM** | C31.1 | KOMÓRKI SITOWE |
| 156. | **DOXORUBICINUM** | C31.2 | ZATOKA CZOŁOWA |
| 157. | **DOXORUBICINUM** | C31.3 | ZATOKA KLINOWA |
| 158. | **DOXORUBICINUM** | C31.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH |
| 159. | **DOXORUBICINUM** | C31.9 | ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA |
| 160. | **DOXORUBICINUM** | C34 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA |
| 161. | **DOXORUBICINUM** | C34.0 | OSKRZELE GŁÓWNE |
| 162. | **DOXORUBICINUM** | C34.1 | PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE |
| 163. | **DOXORUBICINUM** | C34.2 | PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE |
| 164. | **DOXORUBICINUM** | C34.3 | PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 165. | **DOXORUBICINUM** | C34.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA |
| 166. | **DOXORUBICINUM** | C34.9 | OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE |
| 167. | **DOXORUBICINUM** | C37 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY |
| 168. | **DOXORUBICINUM** | C38 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ |
| 169. | **DOXORUBICINUM** | C38.0 | SERCE |
| 170. | **DOXORUBICINUM** | C38.1 | SRÓDPIERSIE PRZEDNIE |
| 171. | **DOXORUBICINUM** | C38.2 | SRÓDPIERSIE TYLNE |
| 172. | **DOXORUBICINUM** | C38.3 | SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 173. | **DOXORUBICINUM** | C38.4 | OPŁUCNA |
| 174. | **DOXORUBICINUM** | C38.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ |
| 175. | **DOXORUBICINUM** | C39 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ |
| 176. | **DOXORUBICINUM** | C39.0 | GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 177. | **DOXORUBICINUM** | C39.8 | ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ |
| 178. | **DOXORUBICINUM** | C39.9 | NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO |
| 179. | **DOXORUBICINUM** | C40 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN |
| 180. | **DOXORUBICINUM** | C40.0 | ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 181. | **DOXORUBICINUM** | C40.1 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 182. | **DOXORUBICINUM** | C40.2 | KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ |
| 183. | **DOXORUBICINUM** | C40.3 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ |
| 184. | **DOXORUBICINUM** | C40.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN |
| 185. | **DOXORUBICINUM** | C40.9 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE |
| 186. | **DOXORUBICINUM** | C41 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 187. | **DOXORUBICINUM** | C41.0 | KOŚCI CZASZKI I TWARZY |
| 188. | **DOXORUBICINUM** | C41.1 | ŻUCHWA |
| 189. | **DOXORUBICINUM** | C41.2 | KOŚCI KRĘGOSŁUPA |
| 190. | **DOXORUBICINUM** | C41.3 | KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA |
| 191. | **DOXORUBICINUM** | C41.4 | KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA |
| 192. | **DOXORUBICINUM** | C41.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ |
| 193. | **DOXORUBICINUM** | C41.9 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE |
| 194. | **DOXORUBICINUM** | C43 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY |
| 195. | **DOXORUBICINUM** | C43.0 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI |
| 196. | **DOXORUBICINUM** | C43.1 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA |
| 197. | **DOXORUBICINUM** | C43.2 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO |
| 198. | **DOXORUBICINUM** | C43.3 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY |
| 199. | **DOXORUBICINUM** | C43.4 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI |
| 200. | **DOXORUBICINUM** | C43.5 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA |
| 201. | **DOXORUBICINUM** | C43.6 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 202. | **DOXORUBICINUM** | C43.7 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 203. | **DOXORUBICINUM** | C43.8 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE |
| 204. | **DOXORUBICINUM** | C43.9 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY |
| 205. | **DOXORUBICINUM** | C45 | MIĘDZYBŁONIAK |
| 206. | **DOXORUBICINUM** | C45.0 | MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ |
| 207. | **DOXORUBICINUM** | C45.1 | MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ |
| 208. | **DOXORUBICINUM** | C45.2 | MIĘDZYBŁONIAK OSIERDZIA |
| 209. | **DOXORUBICINUM** | C45.7 | MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 210. | **DOXORUBICINUM** | C45.9 | MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 211. | **DOXORUBICINUM** | C46 | MIĘSAK KAPOSI'EGO |
| 212. | **DOXORUBICINUM** | C46.0 | MIĘSAK KAPOSI'EGO SKÓRY |
| 213. | **DOXORUBICINUM** | C46.1 | MIĘSAK KAPOSI'EGO TKANKI MIĘKKIEJ |
| 214. | **DOXORUBICINUM** | C46.2 | MIĘSAK KAPOSI'EGO PODNIEBIENIA |
| 215. | **DOXORUBICINUM** | C46.3 | MIĘSAK KAPOSI'EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH |
| 216. | **DOXORUBICINUM** | C46.7 | MIĘSAK KAPOSI'EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 217. | **DOXORUBICINUM** | C46.8 | MIĘSAK KAPOSI'EGO LICZNYCH NARZĄDÓW |
| 218. | **DOXORUBICINUM** | C46.9 | MIĘSAK KAPOSI'EGO, NIEOKREŚLONY |
| 219. | **DOXORUBICINUM** | C47 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO |
| 220. | **DOXORUBICINUM** | C47.0 | NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI |
| 221. | **DOXORUBICINUM** | C47.1 | NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 222. | **DOXORUBICINUM** | C47.2 | NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 223. | **DOXORUBICINUM** | C47.3 | NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ |
| 224. | **DOXORUBICINUM** | C47.4 | NERWY OBWODOWE BRZUCHA |
| 225. | **DOXORUBICINUM** | C47.5 | NERWY OBWODOWE MIEDNICY |
| 226. | **DOXORUBICINUM** | C47.6 | NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE |
| 227. | **DOXORUBICINUM** | C47.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO |
| 228. | **DOXORUBICINUM** | C47.9 | NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE |
| 229. | **DOXORUBICINUM** | C48 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ |
| 230. | **DOXORUBICINUM** | C48.0 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA |
| 231. | **DOXORUBICINUM** | C48.1 | OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ |
| 232. | **DOXORUBICINUM** | C48.2 | OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA |
| 233. | **DOXORUBICINUM** | C48.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 234. | **DOXORUBICINUM** | C49 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH |
| 235. | **DOXORUBICINUM** | C49.0 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI |
| 236. | **DOXORUBICINUM** | C49.1 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 237. | **DOXORUBICINUM** | C49.2 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 238. | **DOXORUBICINUM** | C49.3 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ |
| 239. | **DOXORUBICINUM** | C49.4 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA |
| 240. | **DOXORUBICINUM** | C49.5 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY |
| 241. | **DOXORUBICINUM** | C49.6 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA |
| 242. | **DOXORUBICINUM** | C49.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ |
| 243. | **DOXORUBICINUM** | C49.9 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE |
| 244. | **DOXORUBICINUM** | C50 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA |
| 245. | **DOXORUBICINUM** | C50.0 | BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ |
| 246. | **DOXORUBICINUM** | C50.1 | CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA |
| 247. | **DOXORUBICINUM** | C50.2 | ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA |
| 248. | **DOXORUBICINUM** | C50.3 | ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA |
| 249. | **DOXORUBICINUM** | C50.4 | ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 250. | **DOXORUBICINUM** | C50.5 | ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 251. | **DOXORUBICINUM** | C50.6 | CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA |
| 252. | **DOXORUBICINUM** | C50.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA |
| 253. | **DOXORUBICINUM** | C50.9 | SUTEK, NIEOKREŚLONY |
| 254. | **DOXORUBICINUM** | C51 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU |
| 255. | **DOXORUBICINUM** | C51.0 | WARGI SROMOWE WIĘKSZE |
| 256. | **DOXORUBICINUM** | C51.1 | WARGI SROMOWE MNIEJSZE |
| 257. | **DOXORUBICINUM** | C51.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 258. | **DOXORUBICINUM** | C51.9 | SROM, NIEOKREŚLONE |
| 259. | **DOXORUBICINUM** | C52 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY |
| 260. | **DOXORUBICINUM** | C53 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY |
| 261. | **DOXORUBICINUM** | C53.0 | BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY |
| 262. | **DOXORUBICINUM** | C53.1 | BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY |
| 263. | **DOXORUBICINUM** | C53.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY |
| 264. | **DOXORUBICINUM** | C53.9 | SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA |
| 265. | **DOXORUBICINUM** | C54 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY |
| 266. | **DOXORUBICINUM** | C54.0 | CIEŚŃ MACICY |
| 267. | **DOXORUBICINUM** | C54.1 | BŁONA ŚLUZOWA MACICY |
| 268. | **DOXORUBICINUM** | C54.2 | MIĘŚNIÓWKA MACICY |
| 269. | **DOXORUBICINUM** | C54.3 | DNO MACICY |
| 270. | **DOXORUBICINUM** | C54.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY |
| 271. | **DOXORUBICINUM** | C54.9 | TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE |
| 272. | **DOXORUBICINUM** | C55 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY |
| 273. | **DOXORUBICINUM** | C56 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA |
| 274. | **DOXORUBICINUM** | C57 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 275. | **DOXORUBICINUM** | C57.0 | TRĄBKA FALLOPIA |
| 276. | **DOXORUBICINUM** | C57.1 | WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY |
| 277. | **DOXORUBICINUM** | C57.2 | WIĘZADŁO OBŁE MACICY |
| 278. | **DOXORUBICINUM** | C57.3 | PRZYMACICZA |
| 279. | **DOXORUBICINUM** | C57.4 | PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE |
| 280. | **DOXORUBICINUM** | C57.7 | INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 281. | **DOXORUBICINUM** | C57.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 282. | **DOXORUBICINUM** | C57.9 | ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 283. | **DOXORUBICINUM** | C61 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO |
| 284. | **DOXORUBICINUM** | C62 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA |
| 285. | **DOXORUBICINUM** | C62.0 | JĄDRO NIEZSTĄPIONE |
| 286. | **DOXORUBICINUM** | C62.1 | JĄDRO ZSTĄPIONE |
| 287. | **DOXORUBICINUM** | C62.9 | JĄDRO, NIEOKREŚLONE |
| 288. | **DOXORUBICINUM** | C63 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 289. | **DOXORUBICINUM** | C63.0 | NAJĄDRZE |
| 290. | **DOXORUBICINUM** | C63.1 | POWRÓZEK NASIENNY |
| 291. | **DOXORUBICINUM** | C63.2 | MOSZNA |
| 292. | **DOXORUBICINUM** | C63.7 | INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE |
| 293. | **DOXORUBICINUM** | C63.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 294. | **DOXORUBICINUM** | C63.9 | MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 295. | **DOXORUBICINUM** | C64 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ |
| 296. | **DOXORUBICINUM** | C65 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ |
| 297. | **DOXORUBICINUM** | C66 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU |
| 298. | **DOXORUBICINUM** | C67 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 299. | **DOXORUBICINUM** | C67.0 | TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 300. | **DOXORUBICINUM** | C67.1 | SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 301. | **DOXORUBICINUM** | C67.2 | ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 302. | **DOXORUBICINUM** | C67.3 | ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 303. | **DOXORUBICINUM** | C67.4 | ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 304. | **DOXORUBICINUM** | C67.5 | SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 305. | **DOXORUBICINUM** | C67.6 | UJŚCIE MOCZOWODU |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 306. | **DOXORUBICINUM** | C67.7 | MOCZOWNIK |
| 307. | **DOXORUBICINUM** | C67.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 308. | **DOXORUBICINUM** | C67.9 | PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY |
| 309. | **DOXORUBICINUM** | C68 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH |
| 310. | **DOXORUBICINUM** | C68.0 | CEWKA MOCZOWA |
| 311. | **DOXORUBICINUM** | C68.1 | GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ |
| 312. | **DOXORUBICINUM** | C68.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO |
| 313. | **DOXORUBICINUM** | C68.9 | UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY |
| 314. | **DOXORUBICINUM** | C69 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA |
| 315. | **DOXORUBICINUM** | C69.0 | SPOJÓWKA |
| 316. | **DOXORUBICINUM** | C69.1 | ROGÓWKA |
| 317. | **DOXORUBICINUM** | C69.2 | SIATKÓWKA |
| 318. | **DOXORUBICINUM** | C69.3 | NACZYNIÓWKA |
| 319. | **DOXORUBICINUM** | C69.4 | CIAŁO RZĘSKOWE |
| 320. | **DOXORUBICINUM** | C69.5 | GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE |
| 321. | **DOXORUBICINUM** | C69.6 | OCZODÓŁ |
| 322. | **DOXORUBICINUM** | C69.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA |
| 323. | **DOXORUBICINUM** | C69.9 | OKO, NIEOKREŚLONE |
| 324. | **DOXORUBICINUM** | C70 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON |
| 325. | **DOXORUBICINUM** | C70.0 | OPONY MÓZGOWE |
| 326. | **DOXORUBICINUM** | C70.1 | OPONY RDZENIOWE |
| 327. | **DOXORUBICINUM** | C70.9 | OPONY, NIEOKREŚLONE |
| 328. | **DOXORUBICINUM** | C71 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU |
| 329. | **DOXORUBICINUM** | C71.0 | MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 330. | **DOXORUBICINUM** | C71.1 | PŁAT CZOŁOWY |
| 331. | **DOXORUBICINUM** | C71.2 | PŁAT SKRONIOWY |
| 332. | **DOXORUBICINUM** | C71.3 | PŁAT CIEMIENOWY |
| 333. | **DOXORUBICINUM** | C71.4 | PŁAT POTYLICZNY |
| 334. | **DOXORUBICINUM** | C71.5 | KOMORY MÓZGOWE |
| 335. | **DOXORUBICINUM** | C71.6 | MÓŻDŻEK |
| 336. | **DOXORUBICINUM** | C71.7 | PIEŃ MÓZGU |
| 337. | **DOXORUBICINUM** | C71.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU |
| 338. | **DOXORUBICINUM** | C71.9 | MÓZG, NIEOKREŚLONY |
| 339. | **DOXORUBICINUM** | C72 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 340. | **DOXORUBICINUM** | C72.0 | RDZEŃ KRĘGOWY |
| 341. | **DOXORUBICINUM** | C72.1 | OGON KOŃSKI |
| 342. | **DOXORUBICINUM** | C72.2 | NERW WĘCHOWY |
| 343. | **DOXORUBICINUM** | C72.3 | NERW WZROKOWY |
| 344. | **DOXORUBICINUM** | C72.4 | NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY |
| 345. | **DOXORUBICINUM** | C72.5 | INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE |
| 346. | **DOXORUBICINUM** | C72.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 347. | **DOXORUBICINUM** | C72.9 | CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE |
| 348. | **DOXORUBICINUM** | C73 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY |
| 349. | **DOXORUBICINUM** | C74 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY |
| 350. | **DOXORUBICINUM** | C74.0 | KORA NADNERCZY |
| 351. | **DOXORUBICINUM** | C74.1 | RDZEŃ NADNERCZY |
| 352. | **DOXORUBICINUM** | C74.9 | NADNERCZE, NIEOKREŚLONE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 353. | **DOXORUBICINUM** | C75 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH |
| 354. | **DOXORUBICINUM** | C75.0 | GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY |
| 355. | **DOXORUBICINUM** | C75.1 | PRZYSADKA GRUCZOŁOWA |
| 356. | **DOXORUBICINUM** | C75.2 | PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY |
| 357. | **DOXORUBICINUM** | C75.3 | SZYSZYNKA |
| 358. | **DOXORUBICINUM** | C75.4 | KŁĘBEK SZYJNY |
| 359. | **DOXORUBICINUM** | C75.5 | CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE |
| 360. | **DOXORUBICINUM** | C75.8 | ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE |
| 361. | **DOXORUBICINUM** | C75.9 | GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY |
| 362. | **DOXORUBICINUM** | C76 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH |
| 363. | **DOXORUBICINUM** | C76.0 | GŁOWA, TWARZ I SZYJA |
| 364. | **DOXORUBICINUM** | C76.1 | KLATKA PIERSIOWA |
| 365. | **DOXORUBICINUM** | C76.2 | BRZUCH |
| 366. | **DOXORUBICINUM** | C76.3 | MIEDNICA |
| 367. | **DOXORUBICINUM** | C76.4 | KOŃCZYNA GÓRNA |
| 368. | **DOXORUBICINUM** | C76.5 | KOŃCZYNA DOLNA |
| 369. | **DOXORUBICINUM** | C76.7 | INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE |
| 370. | **DOXORUBICINUM** | C76.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 371. | **DOXORUBICINUM** | C77 | WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH |
| 372. | **DOXORUBICINUM** | C77.0 | WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI |
| 373. | **DOXORUBICINUM** | C77.1 | WĘZŁY CHŁONNE WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ |
| 374. | **DOXORUBICINUM** | C77.2 | WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ |
| 375. | **DOXORUBICINUM** | C77.3 | WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 376. | **DOXORUBICINUM** | C77.4 | WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY |
| 377. | **DOXORUBICINUM** | C77.5 | WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY |
| 378. | **DOXORUBICINUM** | C77.8 | WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW |
| 379. | **DOXORUBICINUM** | C77.9 | WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE |
| 380. | **DOXORUBICINUM** | C78 | WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGI I TRAWIENNEGO |
| 381. | **DOXORUBICINUM** | C78.0 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC |
| 382. | **DOXORUBICINUM** | C78.1 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA |
| 383. | **DOXORUBICINUM** | C78.2 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ |
| 384. | **DOXORUBICINUM** | C78.3 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH |
| 385. | **DOXORUBICINUM** | C78.4 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO |
| 386. | **DOXORUBICINUM** | C78.5 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY |
| 387. | **DOXORUBICINUM** | C78.6 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ |
| 388. | **DOXORUBICINUM** | C78.7 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY |
| 389. | **DOXORUBICINUM** | C78.8 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO |
| 390. | **DOXORUBICINUM** | C79 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 391. | **DOXORUBICINUM** | C79.0 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ |
| 392. | **DOXORUBICINUM** | C79.1 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO |
| 393. | **DOXORUBICINUM** | C79.2 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY |
| 394. | **DOXORUBICINUM** | C79.3 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH |
| 395. | **DOXORUBICINUM** | C79.4 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO |
| 396. | **DOXORUBICINUM** | C79.5 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO |
| 397. | **DOXORUBICINUM** | C79.6 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 398. | **DOXORUBICINUM** | C79.7 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY |
| 399. | **DOXORUBICINUM** | C79.8 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 400. | **DOXORUBICINUM** | C80 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA |
| 401. | **DOXORUBICINUM** | C81 | CHOROBA HODGKINA |
| 402. | **DOXORUBICINUM** | C81.0 | PRZEWAGA LIMFOCYTÓW |
| 403. | **DOXORUBICINUM** | C81.1 | STWARDNIENIE GUZKOWE |
| 404. | **DOXORUBICINUM** | C81.2 | MIESZANOKOMÓRKOWA |
| 405. | **DOXORUBICINUM** | C81.3 | ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW |
| 406. | **DOXORUBICINUM** | C81.7 | INNA CHOROBA HODGKINA |
| 407. | **DOXORUBICINUM** | C81.9 | CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA |
| 408. | **DOXORUBICINUM** | C82 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY) |
| 409. | **DOXORUBICINUM** | C82.0 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY |
| 410. | **DOXORUBICINUM** | C82.1 | MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY |
| 411. | **DOXORUBICINUM** | C82.2 | WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY |
| 412. | **DOXORUBICINUM** | C82.7 | INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO |
| 413. | **DOXORUBICINUM** | C82.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 414. | **DOXORUBICINUM** | C83 | CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE |
| 415. | **DOXORUBICINUM** | C83.0 | Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 416. | **DOXORUBICINUM** | C83.1 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY) |
| 417. | **DOXORUBICINUM** | C83.2 | MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 418. | **DOXORUBICINUM** | C83.3 | WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY) |
| 419. | **DOXORUBICINUM** | C83.4 | IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 420. | **DOXORUBICINUM** | C83.5 | LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY) |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 421. | **DOXORUBICINUM** | C83.6 | NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY) |
| 422. | **DOXORUBICINUM** | C83.7 | GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA |
| 423. | **DOXORUBICINUM** | C83.8 | INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 424. | **DOXORUBICINUM** | C83.9 | ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 425. | **DOXORUBICINUM** | C84 | OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 426. | **DOXORUBICINUM** | C84.0 | ZIARNINIAK GRZYBIASTY |
| 427. | **DOXORUBICINUM** | C84.1 | CHOROBA SEZARY' EGO |
| 428. | **DOXORUBICINUM** | C84.2 | CHŁONIAK STREFY T |
| 429. | **DOXORUBICINUM** | C84.3 | CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY |
| 430. | **DOXORUBICINUM** | C84.4 | OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 431. | **DOXORUBICINUM** | C84.5 | INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T |
| 432. | **DOXORUBICINUM** | C85 | INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 433. | **DOXORUBICINUM** | C85.0 | MIĘSAK LIMFATYCZNY |
| 434. | **DOXORUBICINUM** | C85.1 | CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY |
| 435. | **DOXORUBICINUM** | C85.7 | INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO |
| 436. | **DOXORUBICINUM** | C85.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 437. | **DOXORUBICINUM** | C88 | ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE |
| 438. | **DOXORUBICINUM** | C88.0 | MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA |
| 439. | **DOXORUBICINUM** | C88.1 | CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA |
| 440. | **DOXORUBICINUM** | C88.2 | CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA |
| 441. | **DOXORUBICINUM** | C88.3 | CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO |
| 442. | **DOXORUBICINUM** | C88.7 | INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE |
| 443. | **DOXORUBICINUM** | C88.9 | ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE |
| 444. | **DOXORUBICINUM** | C90 | SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 445. | **DOXORUBICINUM** | C90.0 | SZPICZAK MNOGI |
| 446. | **DOXORUBICINUM** | C90.1 | BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA |
| 447. | **DOXORUBICINUM** | C90.2 | POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA |
| 448. | **DOXORUBICINUM** | C91 | BIAŁACZKA LIMFATYCZNA |
| 449. | **DOXORUBICINUM** | C91.0 | OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA |
| 450. | **DOXORUBICINUM** | C91.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA |
| 451. | **DOXORUBICINUM** | C91.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA |
| 452. | **DOXORUBICINUM** | C91.3 | BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA |
| 453. | **DOXORUBICINUM** | C91.4 | BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL) |
| 454. | **DOXORUBICINUM** | C91.5 | BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z 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, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1. | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM** | C46 | MIĘSAK KAPOSI' EGO |
| 2. | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM** | C46.0 | MIĘSAK KAPOSI' EGO SKÓRY |
| 3. | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM** | C46.1 | MIĘSAK KAPOSI' EGO TKANKI MIĘKKIEJ |
| 4. | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM** | C46.2 | MIĘSAK KAPOSI' EGO PODNIEBIENIA |
| 5. | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM** | C46.3 | MIĘSAK KAPOSI' EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH |
| 6. | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM** | C46.7 | MIĘSAK KAPOSI' EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 7. | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM** | C46.8 | MIĘSAK KAPOSI' EGO LICZNYCH NARZĄDÓW |
| 8. | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM** | C46.9 | MIĘSAK KAPOSI' EGO, NIEOKREŚLONY |
| 9. | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM** | C50 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA |
| 10. | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM** | C50.0 | BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ |
| 11. | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM** | C50.1 | CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA |
| 12. | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM** | C50.2 | ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA |
| 13. | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM** | C50.3 | ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA |
| 14. | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM** | C50.4 | ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 15. | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM** | C50.5 | ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 16. | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM** | C50.6 | CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 17. | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM** | C50.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA |
| 18. | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM** | C50.9 | SUTEK, NIEOKREŚLONY |
| 19. | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM** | C56 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA |
| 20. | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM** | C90 | SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH |
| 21. | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM** | C90.0 | SZPICZAK MNOGI |
| 22. | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM** | C90.1 | BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA |
| 23. | **DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM** | C90.2 | POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA |

Załącznik C.23.

**EPIRUBICINUM**

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1 | **EPIRUBICINUM** | C11 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX) |
| 2 | **EPIRUBICINUM** | C11.0 | ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 3 | **EPIRUBICINUM** | C11.1 | ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 4 | **EPIRUBICINUM** | C11.2 | ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 5 | **EPIRUBICINUM** | C11.3 | ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 6 | **EPIRUBICINUM** | C11.8 | ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 7 | **EPIRUBICINUM** | C11.9 | CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |
| 8 | **EPIRUBICINUM** | C15 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZEŁYKU |
| 9 | **EPIRUBICINUM** | C15.0 | SZYJNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 10 | **EPIRUBICINUM** | C15.1 | PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 11 | **EPIRUBICINUM** | C15.2 | BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 12 | **EPIRUBICINUM** | C15.3 | GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 13 | **EPIRUBICINUM** | C15.4 | ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 14 | **EPIRUBICINUM** | C15.5 | DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 15 | **EPIRUBICINUM** | C15.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZEŁYKU |
| 16 | **EPIRUBICINUM** | C15.9 | PRZEŁYK, NIEOKREŚLONY |
| 17 | **EPIRUBICINUM** | C16 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA |
| 18 | **EPIRUBICINUM** | C16.0 | WPUST |
| 19 | **EPIRUBICINUM** | C16.1 | DNO ŻOŁĄDKA |
| 20 | **EPIRUBICINUM** | C16.2 | TRZON ŻOŁĄDKA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 21 | **EPIRUBICINUM** | C16.3 | UJŚCIE ODŹWIERNIKA |
| 22 | **EPIRUBICINUM** | C16.4 | ODŹWIERNIK |
| 23 | **EPIRUBICINUM** | C16.5 | KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA |
| 24 | **EPIRUBICINUM** | C16.6 | KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA |
| 25 | **EPIRUBICINUM** | C16.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA |
| 26 | **EPIRUBICINUM** | C16.9 | ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY |
| 27 | **EPIRUBICINUM** | C34 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA |
| 28 | **EPIRUBICINUM** | C34.0 | OSKRZELE GŁÓWNE |
| 29 | **EPIRUBICINUM** | C34.1 | PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE |
| 30 | **EPIRUBICINUM** | C34.2 | PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE |
| 31 | **EPIRUBICINUM** | C34.3 | PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE |
| 32 | **EPIRUBICINUM** | C34.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA |
| 33 | **EPIRUBICINUM** | C34.9 | OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE |
| 34 | **EPIRUBICINUM** | C40 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN |
| 35 | **EPIRUBICINUM** | C40.0 | ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 36 | **EPIRUBICINUM** | C40.1 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 37 | **EPIRUBICINUM** | C40.2 | KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ |
| 38 | **EPIRUBICINUM** | C40.3 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ |
| 39 | **EPIRUBICINUM** | C40.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN |
| 40 | **EPIRUBICINUM** | C40.9 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE |
| 41 | **EPIRUBICINUM** | C41 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU |
| 42 | **EPIRUBICINUM** | C41.0 | KOŚCI CZASZKI I TWARZY |
| 43 | **EPIRUBICINUM** | C41.1 | ŻUCHWA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 44 | **EPIRUBICINUM** | C41.2 | KOŚCI KRĘGOSŁUPA |
| 45 | **EPIRUBICINUM** | C41.3 | KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA |
| 46 | **EPIRUBICINUM** | C41.4 | KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA |
| 47 | **EPIRUBICINUM** | C41.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ |
| 48 | **EPIRUBICINUM** | C41.9 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE |
| 49 | **EPIRUBICINUM** | C46 | MIĘSAK KAPOSI'EGO |
| 50 | **EPIRUBICINUM** | C46.0 | MIĘSAK KAPOSI'EGO SKÓRY |
| 51 | **EPIRUBICINUM** | C46.1 | MIĘSAK KAPOSI'EGO TKANKI MIĘKKIEJ |
| 52 | **EPIRUBICINUM** | C46.2 | MIĘSAK KAPOSI'EGO PODNIEBIENIA |
| 53 | **EPIRUBICINUM** | C46.3 | MIĘSAK KAPOSI'EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH |
| 54 | **EPIRUBICINUM** | C46.7 | MIĘSAK KAPOSI'EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 55 | **EPIRUBICINUM** | C46.8 | MIĘSAK KAPOSI'EGO LICZNYCH NARZĄDÓW |
| 56 | **EPIRUBICINUM** | C46.9 | MIĘSAK KAPOSI'EGO, NIEOKREŚLONY |
| 57 | **EPIRUBICINUM** | C47 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO |
| 58 | **EPIRUBICINUM** | C47.0 | NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI |
| 59 | **EPIRUBICINUM** | C47.1 | NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 60 | **EPIRUBICINUM** | C47.2 | NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 61 | **EPIRUBICINUM** | C47.3 | NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ |
| 62 | **EPIRUBICINUM** | C47.4 | NERWY OBWODOWE BRZUCHA |
| 63 | **EPIRUBICINUM** | C47.5 | NERWY OBWODOWE MIEDNICY |
| 64 | **EPIRUBICINUM** | C47.6 | NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE |
| 65 | **EPIRUBICINUM** | C47.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO |
| 66 | **EPIRUBICINUM** | C47.9 | NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 67 | **EPIRUBICINUM** | C48 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ |
| 68 | **EPIRUBICINUM** | C48.0 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA |
| 69 | **EPIRUBICINUM** | C48.1 | OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ |
| 70 | **EPIRUBICINUM** | C48.2 | OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA |
| 71 | **EPIRUBICINUM** | C48.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ |
| 72 | **EPIRUBICINUM** | C49 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH |
| 73 | **EPIRUBICINUM** | C49.0 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI |
| 74 | **EPIRUBICINUM** | C49.1 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 75 | **EPIRUBICINUM** | C49.2 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 76 | **EPIRUBICINUM** | C49.3 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ |
| 77 | **EPIRUBICINUM** | C49.4 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA |
| 78 | **EPIRUBICINUM** | C49.5 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY |
| 79 | **EPIRUBICINUM** | C49.6 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA |
| 80 | **EPIRUBICINUM** | C49.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ |
| 81 | **EPIRUBICINUM** | C49.9 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE |
| 82 | **EPIRUBICINUM** | C50 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA |
| 83 | **EPIRUBICINUM** | C50.0 | BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ |
| 84 | **EPIRUBICINUM** | C50.1 | CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA |
| 85 | **EPIRUBICINUM** | C50.2 | ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA |
| 86 | **EPIRUBICINUM** | C50.3 | ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA |
| 87 | **EPIRUBICINUM** | C50.4 | ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 88 | **EPIRUBICINUM** | C50.5 | ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 89 | **EPIRUBICINUM** | C50.6 | CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 90 | **EPIRUBICINUM** | C50.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA |
| 91 | **EPIRUBICINUM** | C50.9 | SUTEK, NIEOKREŚLONY |
| 92 | **EPIRUBICINUM** | C54 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY |
| 93 | **EPIRUBICINUM** | C54.0 | CIEŚŃ MACICY |
| 94 | **EPIRUBICINUM** | C54.1 | BŁONA ŚLUZOWA MACICY |
| 95 | **EPIRUBICINUM** | C54.2 | MIĘŚNIÓWKA MACICY |
| 96 | **EPIRUBICINUM** | C54.3 | DNO MACICY |
| 97 | **EPIRUBICINUM** | C54.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY |
| 98 | **EPIRUBICINUM** | C54.9 | TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE |
| 99 | **EPIRUBICINUM** | C55 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY |
| 100 | **EPIRUBICINUM** | C56 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA |
| 101 | **EPIRUBICINUM** | C57 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 102 | **EPIRUBICINUM** | C57.0 | TRĄBKA FALLOPIA |
| 103 | **EPIRUBICINUM** | C57.1 | WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY |
| 104 | **EPIRUBICINUM** | C57.2 | WIĘZADŁO OBŁE MACICY |
| 105 | **EPIRUBICINUM** | C57.3 | PRZYMACICZA |
| 106 | **EPIRUBICINUM** | C57.4 | PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE |
| 107 | **EPIRUBICINUM** | C57.7 | INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 108 | **EPIRUBICINUM** | C57.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 109 | **EPIRUBICINUM** | C57.9 | ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 110 | **EPIRUBICINUM** | C80 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA |
| 111 | **EPIRUBICINUM** | C81 | CHOROBA HODGKINA |
| 112 | **EPIRUBICINUM** | C81.0 | PRZEWAGA LIMFOCYTÓW |
| 113 | **EPIRUBICINUM** | C81.1 | STWARDNIENIE GUZKOWE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 114 | **EPIRUBICINUM** | C81.2 | MIESZANOKOMÓRKOWA |
| 115 | **EPIRUBICINUM** | C81.3 | ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW |
| 116 | **EPIRUBICINUM** | C81.7 | INNA CHOROBA HODGKINA |
| 117 | **EPIRUBICINUM** | C81.9 | CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA |
| 118 | **EPIRUBICINUM** | C82 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY) |
| 119 | **EPIRUBICINUM** | C82.0 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY |
| 120 | **EPIRUBICINUM** | C82.1 | MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY |
| 121 | **EPIRUBICINUM** | C82.2 | WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY |
| 122 | **EPIRUBICINUM** | C82.7 | INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO |
| 123 | **EPIRUBICINUM** | C82.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 124 | **EPIRUBICINUM** | C83 | CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE |
| 125 | **EPIRUBICINUM** | C83.0 | Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 126 | **EPIRUBICINUM** | C83.1 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY) |
| 127 | **EPIRUBICINUM** | C83.2 | MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 128 | **EPIRUBICINUM** | C83.3 | WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY) |
| 129 | **EPIRUBICINUM** | C83.4 | IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 130 | **EPIRUBICINUM** | C83.5 | LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 131 | **EPIRUBICINUM** | C83.6 | NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY) |
| 132 | **EPIRUBICINUM** | C83.7 | GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA |
| 133 | **EPIRUBICINUM** | C83.8 | INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 134 | **EPIRUBICINUM** | C83.9 | ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 135 | **EPIRUBICINUM** | C84 | OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 136 | **EPIRUBICINUM** | C84.0 | ZIARNINIAK GRZYBIASTY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 137 | **EPIRUBICINUM** | C84.1 | CHOROBA SEZARY' EGO |
| 138 | **EPIRUBICINUM** | C84.2 | CHŁONIAK STREFY T |
| 139 | **EPIRUBICINUM** | C84.3 | CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY |
| 140 | **EPIRUBICINUM** | C84.4 | OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 141 | **EPIRUBICINUM** | C84.5 | INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T |
| 142 | **EPIRUBICINUM** | C85 | INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 143 | **EPIRUBICINUM** | C85.0 | MIĘSAK LIMFATYCZNY |
| 144 | **EPIRUBICINUM** | C85.1 | CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY |
| 145 | **EPIRUBICINUM** | C85.7 | INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO |
| 146 | **EPIRUBICINUM** | C85.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 147 | **EPIRUBICINUM** | C88 | ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE |
| 148 | **EPIRUBICINUM** | C88.0 | MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA |
| 149 | **EPIRUBICINUM** | C88.1 | CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA |
| 150 | **EPIRUBICINUM** | C88.2 | CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA |
| 151 | **EPIRUBICINUM** | C88.3 | CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO |
| 152 | **EPIRUBICINUM** | C88.7 | INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE |
| 153 | **EPIRUBICINUM** | C88.9 | ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE |
| 154 | **EPIRUBICINUM** | C90 | SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH |
| 155 | **EPIRUBICINUM** | C90.0 | SZPICZAK MNOGI |
| 156 | **EPIRUBICINUM** | C90.1 | BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA |
| 157 | **EPIRUBICINUM** | C90.2 | POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA |
| 158 | **EPIRUBICINUM** | C91 | BIAŁACZKA LIMFATYCZNA |
| 159 | **EPIRUBICINUM** | C91.0 | OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA |
| 160 | **EPIRUBICINUM** | C91.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 161 | **EPIRUBICINUM** | C91.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA |
| 162 | **EPIRUBICINUM** | C91.3 | BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA |
| 163 | **EPIRUBICINUM** | C91.4 | BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL) |
| 164 | **EPIRUBICINUM** | C91.5 | BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T |
| 165 | **EPIRUBICINUM** | C91.7 | INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA |
| 166 | **EPIRUBICINUM** | C91.9 | BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA |
| 167 | **EPIRUBICINUM** | C92 | BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 168 | **EPIRUBICINUM** | C92.0 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 169 | **EPIRUBICINUM** | C92.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 170 | **EPIRUBICINUM** | C92.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 171 | **EPIRUBICINUM** | C92.3 | MIĘSAK SZPIKOWY |
| 172 | **EPIRUBICINUM** | C92.4 | OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA |
| 173 | **EPIRUBICINUM** | C92.5 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA |
| 174 | **EPIRUBICINUM** | C92.7 | INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 175 | **EPIRUBICINUM** | C92.9 | BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA |
| 176 | **EPIRUBICINUM** | C93 | BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 177 | **EPIRUBICINUM** | C93.0 | OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 178 | **EPIRUBICINUM** | C93.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 179 | **EPIRUBICINUM** | C93.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 180 | **EPIRUBICINUM** | C93.7 | INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 181 | **EPIRUBICINUM** | C93.9 | BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA |
| 182 | **EPIRUBICINUM** | C94 | INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU |
| 183 | **EPIRUBICINUM** | C94.0 | OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA) |
| 184 | **EPIRUBICINUM** | C94.1 | PRZEWLEKŁA CZERWIENICA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 185 | **EPIRUBICINUM** | C94.2 | OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA |
| 186 | **EPIRUBICINUM** | C94.3 | BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH |
| 187 | **EPIRUBICINUM** | C94.4 | OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA |
| 188 | **EPIRUBICINUM** | C94.5 | OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU |
| 189 | **EPIRUBICINUM** | C94.7 | INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA |
| 190 | **EPIRUBICINUM** | C95 | BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 191 | **EPIRUBICINUM** | C95.0 | OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 192 | **EPIRUBICINUM** | C95.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 193 | **EPIRUBICINUM** | C95.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 194 | **EPIRUBICINUM** | C95.7 | INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 195 | **EPIRUBICINUM** | C95.9 | BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA |
| 196 | **EPIRUBICINUM** | C96 | INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH |
| 197 | **EPIRUBICINUM** | C96.0 | CHOROBA LETTERERA-SIWEGO |
| 198 | **EPIRUBICINUM** | C96.1 | HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA |
| 199 | **EPIRUBICINUM** | C96.2 | GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH |
| 200 | **EPIRUBICINUM** | C96.3 | PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY |
| 201 | **EPIRUBICINUM** | C96.7 | INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH |
| 202 | **EPIRUBICINUM** | C96.9 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE |
| 203 | **EPIRUBICINUM** | D48 | NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 204 | **EPIRUBICINUM** | D48.0 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE |
| 205 | **EPIRUBICINUM** | D48.1 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE |
| 206 | **EPIRUBICINUM** | D48.2 | NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 207 | **EPIRUBICINUM** | D48.3 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA |
| 208 | **EPIRUBICINUM** | D48.4 | OTRZEWNA |
| 209 | **EPIRUBICINUM** | D48.5 | SKÓRA |
| 210 | **EPIRUBICINUM** | D48.6 | SUTEK |
| 211 | **EPIRUBICINUM** | D48.7 | INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE |
| 212 | **EPIRUBICINUM** | D48.9 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY |
| 213 | **EPIRUBICINUM** | E85 | AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/ |
| 214 | **EPIRUBICINUM** | E85.0 | SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE,POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA |
| 215 | **EPIRUBICINUM** | E85.1 | SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA,POSTAĆ NEUROPATYCZNA |
| 216 | **EPIRUBICINUM** | E85.2 | SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA |
| 217 | **EPIRUBICINUM** | E85.3 | WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE |
| 218 | **EPIRUBICINUM** | E85.4 | ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH |
| 219 | **EPIRUBICINUM** | E85.8 | INNE AMYLOIDOZY |
| 220 | **EPIRUBICINUM** | E85.9 | AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA |

Załącznik C.24.

**ETOPOSIDUM**

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1 | **ETOPOSIDUM** | C00 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI |
| 2 | **ETOPOSIDUM** | C00.0 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ |
| 3 | **ETOPOSIDUM** | C00.1 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ |
| 4 | **ETOPOSIDUM** | C00.2 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA |
| 5 | **ETOPOSIDUM** | C00.3 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ |
| 6 | **ETOPOSIDUM** | C00.4 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ |
| 7 | **ETOPOSIDUM** | C00.5 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA) |
| 8 | **ETOPOSIDUM** | C00.6 | SPOIDŁO WARGI |
| 9 | **ETOPOSIDUM** | C00.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI |
| 10 | **ETOPOSIDUM** | C00.9 | WARGA, NIEOKREŚLONA |
| 11 | **ETOPOSIDUM** | C01 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA |
| 12 | **ETOPOSIDUM** | C02 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA |
| 13 | **ETOPOSIDUM** | C02.0 | POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA |
| 14 | **ETOPOSIDUM** | C02.1 | BRZEG JĘZYKA |
| 15 | **ETOPOSIDUM** | C02.2 | DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA |
| 16 | **ETOPOSIDUM** | C02.3 | PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 17 | **ETOPOSIDUM** | C02.4 | MIGDAŁEK JĘZYKOWY |
| 18 | **ETOPOSIDUM** | C02.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA |
| 19 | **ETOPOSIDUM** | C02.9 | JĘZYK, NIEOKREŚLONY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 20 | **ETOPOSIDUM** | C03 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA |
| 21 | **ETOPOSIDUM** | C03.0 | DZIĄSŁO GÓRNE |
| 22 | **ETOPOSIDUM** | C03.1 | DZIĄSŁO DOLNE |
| 23 | **ETOPOSIDUM** | C03.9 | DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE |
| 24 | **ETOPOSIDUM** | C04 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ |
| 25 | **ETOPOSIDUM** | C04.0 | PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ |
| 26 | **ETOPOSIDUM** | C04.1 | BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ |
| 27 | **ETOPOSIDUM** | C04.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ |
| 28 | **ETOPOSIDUM** | C04.9 | DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE |
| 29 | **ETOPOSIDUM** | C05 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA |
| 30 | **ETOPOSIDUM** | C05.0 | PODNIEBIENIE TWARDE |
| 31 | **ETOPOSIDUM** | C05.1 | PODNIEBIENIE MIĘKKIE |
| 32 | **ETOPOSIDUM** | C05.2 | JĘZYCZEK |
| 33 | **ETOPOSIDUM** | C05.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO |
| 34 | **ETOPOSIDUM** | C05.9 | PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE |
| 35 | **ETOPOSIDUM** | C06 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ |
| 36 | **ETOPOSIDUM** | C06.0 | ŚLUZÓWKA POLICZKA |
| 37 | **ETOPOSIDUM** | C06.1 | PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ |
| 38 | **ETOPOSIDUM** | C06.2 | PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA |
| 39 | **ETOPOSIDUM** | C06.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ |
| 40 | **ETOPOSIDUM** | C06.9 | JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA |
| 41 | **ETOPOSIDUM** | C07 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ |
| 42 | **ETOPOSIDUM** | C08 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 43 | **ETOPOSIDUM** | C08.0 | ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA |
| 44 | **ETOPOSIDUM** | C08.1 | ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA |
| 45 | **ETOPOSIDUM** | C08.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH |
| 46 | **ETOPOSIDUM** | C08.9 | DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE |
| 47 | **ETOPOSIDUM** | C09 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA |
| 48 | **ETOPOSIDUM** | C09.0 | DÓŁ MIGDAŁKOWY |
| 49 | **ETOPOSIDUM** | C09.1 | ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY) |
| 50 | **ETOPOSIDUM** | C09.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA |
| 51 | **ETOPOSIDUM** | C09.9 | MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY |
| 52 | **ETOPOSIDUM** | C10 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX) |
| 53 | **ETOPOSIDUM** | C10.0 | DOLINKA NAGŁOŚNIOWA |
| 54 | **ETOPOSIDUM** | C10.1 | PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI |
| 55 | **ETOPOSIDUM** | C10.2 | ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 56 | **ETOPOSIDUM** | C10.3 | ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 57 | **ETOPOSIDUM** | C10.4 | SZCZELINA SKRZELOWA |
| 58 | **ETOPOSIDUM** | C10.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 59 | **ETOPOSIDUM** | C10.9 | CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |
| 60 | **ETOPOSIDUM** | C11 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX) |
| 61 | **ETOPOSIDUM** | C11.0 | ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 62 | **ETOPOSIDUM** | C11.1 | ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 63 | **ETOPOSIDUM** | C11.2 | ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 64 | **ETOPOSIDUM** | C11.3 | ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 65 | **ETOPOSIDUM** | C11.8 | ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 66 | **ETOPOSIDUM** | C11.9 | CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 67 | **ETOPOSIDUM** | C12 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU GRUSZKOWATEGO |
| 68 | **ETOPOSIDUM** | C13 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX) |
| 69 | **ETOPOSIDUM** | C13.0 | OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ |
| 70 | **ETOPOSIDUM** | C13.1 | FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO |
| 71 | **ETOPOSIDUM** | C13.2 | TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA |
| 72 | **ETOPOSIDUM** | C13.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA |
| 73 | **ETOPOSIDUM** | C13.9 | CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |
| 74 | **ETOPOSIDUM** | C14 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA |
| 75 | **ETOPOSIDUM** | C14.0 | GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM |
| 76 | **ETOPOSIDUM** | C14.2 | PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA |
| 77 | **ETOPOSIDUM** | C14.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA |
| 78 | **ETOPOSIDUM** | C16 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA |
| 79 | **ETOPOSIDUM** | C16.0 | WPUST |
| 80 | **ETOPOSIDUM** | C16.1 | DNO ŻOŁĄDKA |
| 81 | **ETOPOSIDUM** | C16.2 | TRZON ŻOŁĄDKA |
| 82 | **ETOPOSIDUM** | C16.3 | UJŚCIE ODŹWIERNIKA |
| 83 | **ETOPOSIDUM** | C16.4 | ODŹWIERNIK |
| 84 | **ETOPOSIDUM** | C16.5 | KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA |
| 85 | **ETOPOSIDUM** | C16.6 | KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA |
| 86 | **ETOPOSIDUM** | C16.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA |
| 87 | **ETOPOSIDUM** | C16.9 | ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY |
| 88 | **ETOPOSIDUM** | C17 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO |
| 89 | **ETOPOSIDUM** | C17.0 | DWUNASTNICA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 90 | **ETOPOSIDUM** | C17.1 | JELITO CZCZE |
| 91 | **ETOPOSIDUM** | C17.2 | JELITO KRĘTE |
| 92 | **ETOPOSIDUM** | C17.3 | UCHYŁEK MECKELA |
| 93 | **ETOPOSIDUM** | C17.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO |
| 94 | **ETOPOSIDUM** | C17.9 | JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE |
| 95 | **ETOPOSIDUM** | C18 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO |
| 96 | **ETOPOSIDUM** | C18.0 | JELITO ŚLEPE |
| 97 | **ETOPOSIDUM** | C18.1 | WYROSTEK ROBACZKOWY |
| 98 | **ETOPOSIDUM** | C18.2 | OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA |
| 99 | **ETOPOSIDUM** | C18.3 | ZGIĘCIE WĄTROBOWE |
| 100 | **ETOPOSIDUM** | C18.4 | OKRĘŻNICA POPRZECZNA |
| 101 | **ETOPOSIDUM** | C18.5 | ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE |
| 102 | **ETOPOSIDUM** | C18.6 | OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA |
| 103 | **ETOPOSIDUM** | C18.7 | ESICA |
| 104 | **ETOPOSIDUM** | C18.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY |
| 105 | **ETOPOSIDUM** | C18.9 | OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA |
| 106 | **ETOPOSIDUM** | C19 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO |
| 107 | **ETOPOSIDUM** | C20 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY |
| 108 | **ETOPOSIDUM** | C21 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU |
| 109 | **ETOPOSIDUM** | C21.0 | ODBYT, NIEOKREŚLONY |
| 110 | **ETOPOSIDUM** | C21.1 | KANAŁ ODBYTU |
| 111 | **ETOPOSIDUM** | C21.2 | STREFA KLOAKOGENNA |
| 112 | **ETOPOSIDUM** | C21.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU |
| 113 | **ETOPOSIDUM** | C22 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 114 | **ETOPOSIDUM** | C22.0 | RAK KOMÓREK WĄTROBY |
| 115 | **ETOPOSIDUM** | C22.1 | RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH |
| 116 | **ETOPOSIDUM** | C22.2 | WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA) |
| 117 | **ETOPOSIDUM** | C22.3 | MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY |
| 118 | **ETOPOSIDUM** | C22.4 | INNE MIĘSAKI WĄTROBY |
| 119 | **ETOPOSIDUM** | C22.7 | INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY |
| 120 | **ETOPOSIDUM** | C22.9 | WĄTROBA, NIEOKREŚLONA |
| 121 | **ETOPOSIDUM** | C23 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO |
| 122 | **ETOPOSIDUM** | C24 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH |
| 123 | **ETOPOSIDUM** | C24.0 | ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE |
| 124 | **ETOPOSIDUM** | C24.1 | BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA |
| 125 | **ETOPOSIDUM** | C24.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH |
| 126 | **ETOPOSIDUM** | C24.9 | DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 127 | **ETOPOSIDUM** | C25 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI |
| 128 | **ETOPOSIDUM** | C25.0 | GŁOWA TRZUSTKI |
| 129 | **ETOPOSIDUM** | C25.1 | TRZON TRZUSTKI |
| 130 | **ETOPOSIDUM** | C25.2 | OGON TRZUSTKI |
| 131 | **ETOPOSIDUM** | C25.3 | PRZEWÓD TRZUSTKOWY |
| 132 | **ETOPOSIDUM** | C25.4 | CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI |
| 133 | **ETOPOSIDUM** | C25.7 | INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI |
| 134 | **ETOPOSIDUM** | C25.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI |
| 135 | **ETOPOSIDUM** | C25.9 | TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA |
| 136 | **ETOPOSIDUM** | C26 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I 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 | **FLUOROURACILUM** | C12 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU GRUSZKOWATEGO |
| 68 | **FLUOROURACILUM** | C13 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX) |
| 69 | **FLUOROURACILUM** | C13.0 | OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ |
| 70 | **FLUOROURACILUM** | C13.1 | FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO |
| 71 | **FLUOROURACILUM** | C13.2 | TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA |
| 72 | **FLUOROURACILUM** | C13.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA |
| 73 | **FLUOROURACILUM** | C13.9 | CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |
| 74 | **FLUOROURACILUM** | C14 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA |
| 75 | **FLUOROURACILUM** | C14.0 | GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM |
| 76 | **FLUOROURACILUM** | C14.2 | PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA |
| 77 | **FLUOROURACILUM** | C14.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA |
| 78 | **FLUOROURACILUM** | C15 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZEŁYKU |
| 79 | **FLUOROURACILUM** | C15.0 | SZYJNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 80 | **FLUOROURACILUM** | C15.1 | PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 81 | **FLUOROURACILUM** | C15.2 | BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 82 | **FLUOROURACILUM** | C15.3 | GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 83 | **FLUOROURACILUM** | C15.4 | ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 84 | **FLUOROURACILUM** | C15.5 | DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 85 | **FLUOROURACILUM** | C15.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZEŁYKU |
| 86 | **FLUOROURACILUM** | C15.9 | PRZEŁYK, NIEOKREŚLONY |
| 87 | **FLUOROURACILUM** | C16 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA |
| 88 | **FLUOROURACILUM** | C16.0 | WPUST |
| 89 | **FLUOROURACILUM** | C16.1 | DNO ŻOŁĄDKA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 90 | **FLUOROURACILUM** | C16.2 | TRZON ŻOŁĄDKA |
| 91 | **FLUOROURACILUM** | C16.3 | UJŚCIE ODŹWIERNIKA |
| 92 | **FLUOROURACILUM** | C16.4 | ODŹWIERNIK |
| 93 | **FLUOROURACILUM** | C16.5 | KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA |
| 94 | **FLUOROURACILUM** | C16.6 | KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA |
| 95 | **FLUOROURACILUM** | C16.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA |
| 96 | **FLUOROURACILUM** | C16.9 | ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY |
| 97 | **FLUOROURACILUM** | C17 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO |
| 98 | **FLUOROURACILUM** | C17.0 | DWUNASTNICA |
| 99 | **FLUOROURACILUM** | C17.1 | JELITO CZCZE |
| 100 | **FLUOROURACILUM** | C17.2 | JELITO KRĘTE |
| 101 | **FLUOROURACILUM** | C17.3 | UCHYŁEK MECKELA |
| 102 | **FLUOROURACILUM** | C17.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO |
| 103 | **FLUOROURACILUM** | C17.9 | JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE |
| 104 | **FLUOROURACILUM** | C18 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO |
| 105 | **FLUOROURACILUM** | C18.0 | JELITO ŚLEPE |
| 106 | **FLUOROURACILUM** | C18.1 | WYROSTEK ROBACZKOWY |
| 107 | **FLUOROURACILUM** | C18.2 | OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA |
| 108 | **FLUOROURACILUM** | C18.3 | ZGIĘCIE WĄTROBOWE |
| 109 | **FLUOROURACILUM** | C18.4 | OKRĘŻNICA POPRZECZNA |
| 110 | **FLUOROURACILUM** | C18.5 | ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE |
| 111 | **FLUOROURACILUM** | C18.6 | OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA |
| 112 | **FLUOROURACILUM** | C18.7 | ESICA |
| 113 | **FLUOROURACILUM** | C18.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 114 | **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 | **FLUOROURACILUM** | C25.0 | GŁOWA TRZUSTKI |
| 138 | **FLUOROURACILUM** | C25.1 | TRZON TRZUSTKI |
| 139 | **FLUOROURACILUM** | C25.2 | OGON TRZUSTKI |
| 140 | **FLUOROURACILUM** | C25.3 | PRZEWÓD TRZUSTKOWY |
| 141 | **FLUOROURACILUM** | C25.4 | CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI |
| 142 | **FLUOROURACILUM** | C25.7 | INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI |
| 143 | **FLUOROURACILUM** | C25.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI |
| 144 | **FLUOROURACILUM** | C25.9 | TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA |
| 145 | **FLUOROURACILUM** | C26 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH |
| 146 | **FLUOROURACILUM** | C26.0 | PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 147 | **FLUOROURACILUM** | C26.1 | ŚLEDZIONA |
| 148 | **FLUOROURACILUM** | C26.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH |
| 149 | **FLUOROURACILUM** | C26.9 | CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA |
| 150 | **FLUOROURACILUM** | C30 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO |
| 151 | **FLUOROURACILUM** | C30.0 | JAMA NOSOWA |
| 152 | **FLUOROURACILUM** | C30.1 | UCHO ŚRODKOWE |
| 153 | **FLUOROURACILUM** | C31 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH |
| 154 | **FLUOROURACILUM** | C31.0 | ZATOKA SZCZĘKOWA |
| 155 | **FLUOROURACILUM** | C31.1 | KOMÓRKI SITOWE |
| 156 | **FLUOROURACILUM** | C31.2 | ZATOKA CZOŁOWA |
| 157 | **FLUOROURACILUM** | C31.3 | ZATOKA KLINOWA |
| 158 | **FLUOROURACILUM** | C31.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH |
| 159 | **FLUOROURACILUM** | C31.9 | ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA |
| 160 | **FLUOROURACILUM** | C32 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KRTANI |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 161 | **FLUOROURACILUM** | C32.0 | GŁOŚNIA |
| 162 | **FLUOROURACILUM** | C32.1 | NAGŁOŚNIA |
| 163 | **FLUOROURACILUM** | C32.2 | JAMA PODGŁOŚNIOWA |
| 164 | **FLUOROURACILUM** | C32.3 | CHRZĄSTKI KRTANI |
| 165 | **FLUOROURACILUM** | C32.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KRTANI |
| 166 | **FLUOROURACILUM** | C32.9 | KRTAŃ, NIEOKREŚLONA |
| 167 | **FLUOROURACILUM** | C50 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA |
| 168 | **FLUOROURACILUM** | C50.0 | BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ |
| 169 | **FLUOROURACILUM** | C50.1 | CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA |
| 170 | **FLUOROURACILUM** | C50.2 | ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA |
| 171 | **FLUOROURACILUM** | C50.3 | ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA |
| 172 | **FLUOROURACILUM** | C50.4 | ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 173 | **FLUOROURACILUM** | C50.5 | ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 174 | **FLUOROURACILUM** | C50.6 | CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA |
| 175 | **FLUOROURACILUM** | C50.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA |
| 176 | **FLUOROURACILUM** | C50.9 | SUTEK, NIEOKREŚLONY |
| 177 | **FLUOROURACILUM** | C51 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU |
| 178 | **FLUOROURACILUM** | C51.0 | WARGI SROMOWE WIĘKSZE |
| 179 | **FLUOROURACILUM** | C51.1 | WARGI SROMOWE MNIEJSZE |
| 180 | **FLUOROURACILUM** | C51.2 | ŁECHTACZKA |
| 181 | **FLUOROURACILUM** | C51.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU |
| 182 | **FLUOROURACILUM** | C51.9 | SROM, NIEOKREŚLONE |
| 183 | **FLUOROURACILUM** | C52 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY |
| 184 | **FLUOROURACILUM** | C53 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 185 | **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<br>*w przypadku:*<br>*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<br>*w przypadku:*<br>*nowotworów złośliwych wywodzących się z kanalików zbiorczych oraz raków ze zróżnicowaniem mięsakowatym* |
| 19. | **GEMCITABINE** | C65 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ<br>*w przypadku:*<br>*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<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe* |
| 26. | **GEMCITABINE** | C82 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe* |
| 27. | **GEMCITABINE** | C83 | CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe* |
| 28. | **GEMCITABINE** | C84 | OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe* |
| 29. | **GEMCITABINE** | C85 | INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe* |

Załącznik C.29.

## HYDROXYCARBAMIDUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C71 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU |
| 2 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C71.0 | MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR |
| 3 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C71.1 | PŁAT CZOŁOWY |
| 4 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C71.2 | PŁAT SKRONIOWY |
| 5 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C71.3 | PŁAT CIEMIENOWY |
| 6 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C71.4 | PŁAT POTYLICZNY |
| 7 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C71.5 | KOMORY MÓZGOWE |
| 8 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C71.6 | MÓŻDŻEK |
| 9 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C71.7 | PIEŃ MÓZGU |
| 10 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C71.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU |
| 11 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C71.9 | MÓZG, NIEOKREŚLONY |
| 12 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C72 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 13 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C72.0 | RDZEŃ KRĘGOWY |
| 14 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C72.1 | OGON KOŃSKI |
| 15 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C72.2 | NERW WĘCHOWY |
| 16 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C72.3 | NERW WZROKOWY |
| 17 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C72.4 | NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY |
| 18 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C72.5 | INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE |
| 19 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C72.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 20 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C72.9 | CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE |
| 21 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C81 | CHOROBA HODGKINA |
| 22 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C81.0 | PRZEWAGA LIMFOCYTÓW |
| 23 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C81.1 | STWARDNIENIE GUZKOWE |
| 24 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C81.2 | MIESZANOKOMÓRKOWA |
| 25 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C81.3 | ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW |
| 26 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C81.7 | INNA CHOROBA HODGKINA |
| 27 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C81.9 | CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA |
| 28 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C83.0 | Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 29 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C83.1 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY) |
| 30 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C83.2 | MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 31 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C83.3 | WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY) |
| 32 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C83.4 | IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 33 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C83.5 | LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 34 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C83.6 | NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY) |
| 35 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C83.7 | GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA |
| 36 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C83.8 | INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 37 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C83.9 | ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 38 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C85 | INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 39 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C85.0 | MIĘSAK LIMFATYCZNY |
| 40 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C85.1 | CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY |
| 41 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C85.7 | INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO |
| 42 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C85.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 43 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C92 | BIAŁACZKA SZPIKOWA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 44 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C92.0 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 45 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C92.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 46 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C92.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 47 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C92.3 | MIĘSAK SZPIKOWY |
| 48 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C92.4 | OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA |
| 49 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C92.5 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA |
| 50 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C92.7 | INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 51 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C92.9 | BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA |
| 52 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C93 | BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 53 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C93.0 | OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 54 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C93.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 55 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C93.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 56 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C93.7 | INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 57 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C93.9 | BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA |
| 58 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C94 | INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU |
| 59 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C94.0 | OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA) |
| 60 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C94.1 | PRZEWLEKŁA CZERWIENICA |
| 61 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C94.2 | OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA |
| 62 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C94.3 | BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH |
| 63 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C94.4 | OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA |
| 64 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C94.5 | OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU |
| 65 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C94.7 | INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA |
| 66 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C95 | BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 67 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C95.0 | OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 68 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C95.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 69 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C95.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 70 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C95.7 | INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 71 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | C95.9 | BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA |
| 72 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | D45 | CZERWIENICA PRAWDZIWA |
| 73 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | D46 | ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE |
| 74 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | D46.0 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW |
| 75 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | D46.1 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI |
| 76 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | D46.2 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW |
| 77 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | D46.3 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ |
| 78 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | D46.4 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA |
| 79 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | D46.7 | INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE |
| 80 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | D46.9 | ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY |
| 81 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | D47.1 | PRZEWLEKŁA CHOROBA UKŁADU WYTWÓRCZEGO SZPIKU |
| 82 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | D57 | ZABURZENIA POŁĄCZONE Z SIERPOWATOKRWINKOWOŚCIĄ |
| 83 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | D57.0 | NIEDOKRWISTOŚĆ SIEROPAWTOKRWINKOWA Z PRZEŁOMEM |
| 84 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | D57.1 | NIEDOKRWISTOŚĆ SIEROPAWTOKRWINKOWA BEZ PRZEŁOMU |
| 85 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | D57.2 | PODWÓJNA HETEROZYGOTA W POŁĄCZENIU Z SIERPOWATOKRWINKOWOŚCIĄ |
| 86 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | D57.3 | CECHA SERPOWATOKRWINKOWOŚCI |
| 87 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | D57.8 | INNE SIERPOWATOKRWINKOWOŚCI |
| 88 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | D75.2 | NADPŁYTKOWOŚĆ SAMOISTNA |
| 89 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | D76.0 | HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ |
| 90 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | D76.1 | LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 91 | **HYDROXYCARBAMIDUM** | D76.2 | ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM |

Załącznik C.30.

## IDARUBICIN

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1 | **IDARUBICIN** | C47 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO |
| 2 | **IDARUBICIN** | C47.0 | NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI |
| 3 | **IDARUBICIN** | C47.1 | NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 4 | **IDARUBICIN** | C47.2 | NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 5 | **IDARUBICIN** | C47.3 | NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ |
| 6 | **IDARUBICIN** | C47.4 | NERWY OBWODOWE BRZUCHA |
| 7 | **IDARUBICIN** | C47.5 | NERWY OBWODOWE MIEDNICY |
| 8 | **IDARUBICIN** | C47.6 | NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE |
| 9 | **IDARUBICIN** | C47.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO |
| 10 | **IDARUBICIN** | C47.9 | NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE |
| 11 | **IDARUBICIN** | C48 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ |
| 12 | **IDARUBICIN** | C48.0 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA |
| 13 | **IDARUBICIN** | C48.1 | OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ |
| 14 | **IDARUBICIN** | C48.2 | OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA |
| 15 | **IDARUBICIN** | C48.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ |
| 16 | **IDARUBICIN** | C49 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH |
| 17 | **IDARUBICIN** | C49.0 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI |
| 18 | **IDARUBICIN** | C49.1 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 19 | **IDARUBICIN** | C49.2 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 20 | **IDARUBICIN** | C49.3 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ |
| 21 | **IDARUBICIN** | C49.4 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA |
| 22 | **IDARUBICIN** | C49.5 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY |
| 23 | **IDARUBICIN** | C49.6 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA |
| 24 | **IDARUBICIN** | C49.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ |
| 25 | **IDARUBICIN** | C49.9 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE |
| 26 | **IDARUBICIN** | C74 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY |
| 27 | **IDARUBICIN** | C74.0 | KORA NADNERCZY |
| 28 | **IDARUBICIN** | C74.1 | RDZEŃ NADNERCZY |
| 29 | **IDARUBICIN** | C74.9 | NADNERCZE, NIEOKREŚLONE |
| 30 | **IDARUBICIN** | C76 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH |
| 31 | **IDARUBICIN** | C76.0 | GŁOWA, TWARZ I SZYJA |
| 32 | **IDARUBICIN** | C76.1 | KLATKA PIERSIOWA |
| 33 | **IDARUBICIN** | C76.2 | BRZUCH |
| 34 | **IDARUBICIN** | C76.3 | MIEDNICA |
| 35 | **IDARUBICIN** | C76.4 | KOŃCZYNA GÓRNA |
| 36 | **IDARUBICIN** | C76.5 | KOŃCZYNA DOLNA |
| 37 | **IDARUBICIN** | C76.7 | INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE |
| 38 | **IDARUBICIN** | C76.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 39 | **IDARUBICIN** | C85 | INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 40 | **IDARUBICIN** | C85.0 | MIĘSAK LIMFATYCZNY |
| 41 | **IDARUBICIN** | C85.1 | CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 42 | **IDARUBICIN** | C85.7 | INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO |
| 43 | **IDARUBICIN** | C85.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 44 | **IDARUBICIN** | C91 | BIAŁACZKA LIMFATYCZNA |
| 45 | **IDARUBICIN** | C91.0 | OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA |
| 46 | **IDARUBICIN** | C91.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA |
| 47 | **IDARUBICIN** | C91.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA |
| 48 | **IDARUBICIN** | C91.3 | BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA |
| 49 | **IDARUBICIN** | C91.4 | BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL) |
| 50 | **IDARUBICIN** | C91.5 | BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T |
| 51 | **IDARUBICIN** | C91.7 | INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA |
| 52 | **IDARUBICIN** | C91.9 | BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA |
| 53 | **IDARUBICIN** | C92 | BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 54 | **IDARUBICIN** | C92.0 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 55 | **IDARUBICIN** | C92.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 56 | **IDARUBICIN** | C92.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 57 | **IDARUBICIN** | C92.3 | MIĘSAK SZPIKOWY |
| 58 | **IDARUBICIN** | C92.4 | OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA |
| 59 | **IDARUBICIN** | C92.5 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA |
| 60 | **IDARUBICIN** | C92.7 | INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 61 | **IDARUBICIN** | C92.9 | BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA |
| 62 | **IDARUBICIN** | C93 | BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 63 | **IDARUBICIN** | C93.0 | OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 64 | **IDARUBICIN** | C93.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 65 | **IDARUBICIN** | C93.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 66 | **IDARUBICIN** | C93.7 | INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 67 | **IDARUBICIN** | C93.9 | BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA |
| 68 | **IDARUBICIN** | C94 | INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU |
| 69 | **IDARUBICIN** | C94.0 | OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA) |
| 70 | **IDARUBICIN** | C94.1 | PRZEWLEKŁA CZERWIENICA |
| 71 | **IDARUBICIN** | C94.2 | OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA |
| 72 | **IDARUBICIN** | C94.3 | BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH |
| 73 | **IDARUBICIN** | C94.4 | OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA |
| 74 | **IDARUBICIN** | C94.5 | OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU |
| 75 | **IDARUBICIN** | C94.7 | INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA |
| 76 | **IDARUBICIN** | C95 | BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 77 | **IDARUBICIN** | C95.0 | OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 78 | **IDARUBICIN** | C95.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 79 | **IDARUBICIN** | C95.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 80 | **IDARUBICIN** | C95.7 | INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 81 | **IDARUBICIN** | C95.9 | BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA |
| 82 | **IDARUBICIN** | C96 | INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH |
| 83 | **IDARUBICIN** | C96.0 | CHOROBA LETTERERA-SIWEGO |
| 84 | **IDARUBICIN** | C96.1 | HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA |
| 85 | **IDARUBICIN** | C96.2 | GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH |
| 86 | **IDARUBICIN** | C96.3 | PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY |
| 87 | **IDARUBICIN** | C96.7 | INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 88 | **IDARUBICIN** | C96.9 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE |
| 89 | **IDARUBICIN** | D46 | ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE |
| 90 | **IDARUBICIN** | D46.0 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW |
| 91 | **IDARUBICIN** | D46.1 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI |
| 92 | **IDARUBICIN** | D46.2 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW |
| 93 | **IDARUBICIN** | D46.3 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ |
| 94 | **IDARUBICIN** | D46.4 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA |
| 95 | **IDARUBICIN** | D46.7 | INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE |
| 96 | **IDARUBICIN** | D46.9 | ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY |

Załącznik C.31.

## IFOSFAMIDUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1 | **IFOSFAMIDUM** | C00 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI |
| 2 | **IFOSFAMIDUM** | C00.0 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ |
| 3 | **IFOSFAMIDUM** | C00.1 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ |
| 4 | **IFOSFAMIDUM** | C00.2 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA |
| 5 | **IFOSFAMIDUM** | C00.3 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ |
| 6 | **IFOSFAMIDUM** | C00.4 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ |
| 7 | **IFOSFAMIDUM** | C00.5 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA) |
| 8 | **IFOSFAMIDUM** | C00.6 | SPOIDŁO WARGI |
| 9 | **IFOSFAMIDUM** | C00.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI |
| 10 | **IFOSFAMIDUM** | C00.9 | WARGA, NIEOKREŚLONA |
| 11 | **IFOSFAMIDUM** | C01 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA |
| 12 | **IFOSFAMIDUM** | C02 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA |
| 13 | **IFOSFAMIDUM** | C02.0 | POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA |
| 14 | **IFOSFAMIDUM** | C02.1 | BRZEG JĘZYKA |
| 15 | **IFOSFAMIDUM** | C02.2 | DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA |
| 16 | **IFOSFAMIDUM** | C02.3 | PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 17 | **IFOSFAMIDUM** | C02.4 | MIGDAŁEK JĘZYKOWY |
| 18 | **IFOSFAMIDUM** | C02.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA |
| 19 | **IFOSFAMIDUM** | C02.9 | JĘZYK, NIEOKREŚLONY |
| 20 | **IFOSFAMIDUM** | C03 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 21 | **IFOSFAMIDUM** | C03.0 | DZIĄSŁO GÓRNE |
| 22 | **IFOSFAMIDUM** | C03.1 | DZIĄSŁO DOLNE |
| 23 | **IFOSFAMIDUM** | C03.9 | DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE |
| 24 | **IFOSFAMIDUM** | C04 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ |
| 25 | **IFOSFAMIDUM** | C04.0 | PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ |
| 26 | **IFOSFAMIDUM** | C04.1 | BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ |
| 27 | **IFOSFAMIDUM** | C04.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ |
| 28 | **IFOSFAMIDUM** | C04.9 | DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE |
| 29 | **IFOSFAMIDUM** | C05 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA |
| 30 | **IFOSFAMIDUM** | C05.0 | PODNIEBIENIE TWARDE |
| 31 | **IFOSFAMIDUM** | C05.1 | PODNIEBIENIE MIĘKKIE |
| 32 | **IFOSFAMIDUM** | C05.2 | JĘZYCZEK |
| 33 | **IFOSFAMIDUM** | C05.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO |
| 34 | **IFOSFAMIDUM** | C05.9 | PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE |
| 35 | **IFOSFAMIDUM** | C06 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ |
| 36 | **IFOSFAMIDUM** | C06.0 | ŚLUZÓWKA POLICZKA |
| 37 | **IFOSFAMIDUM** | C06.1 | PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ |
| 38 | **IFOSFAMIDUM** | C06.2 | PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA |
| 39 | **IFOSFAMIDUM** | C06.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ |
| 40 | **IFOSFAMIDUM** | C06.9 | JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA |
| 41 | **IFOSFAMIDUM** | C07 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ |
| 42 | **IFOSFAMIDUM** | C08 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH |
| 43 | **IFOSFAMIDUM** | C08.0 | ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA |
| 44 | **IFOSFAMIDUM** | C08.1 | ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA |
| 45 | **IFOSFAMIDUM** | C08.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 46 | **IFOSFAMIDUM** | C08.9 | DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE |
| 47 | **IFOSFAMIDUM** | C09 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA |
| 48 | **IFOSFAMIDUM** | C09.0 | DÓŁ MIGDAŁKOWY |
| 49 | **IFOSFAMIDUM** | C09.1 | ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY) |
| 50 | **IFOSFAMIDUM** | C09.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA |
| 51 | **IFOSFAMIDUM** | C09.9 | MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY |
| 52 | **IFOSFAMIDUM** | C10 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX) |
| 53 | **IFOSFAMIDUM** | C10.0 | DOLINKA NAGŁOŚNIOWA |
| 54 | **IFOSFAMIDUM** | C10.1 | PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI |
| 55 | **IFOSFAMIDUM** | C10.2 | ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 56 | **IFOSFAMIDUM** | C10.3 | ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 57 | **IFOSFAMIDUM** | C10.4 | SZCZELINA SKRZELOWA |
| 58 | **IFOSFAMIDUM** | C10.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 59 | **IFOSFAMIDUM** | C10.9 | CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |
| 60 | **IFOSFAMIDUM** | C11 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX) |
| 61 | **IFOSFAMIDUM** | C11.0 | ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 62 | **IFOSFAMIDUM** | C11.1 | ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 63 | **IFOSFAMIDUM** | C11.2 | ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 64 | **IFOSFAMIDUM** | C11.3 | ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 65 | **IFOSFAMIDUM** | C11.8 | ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 66 | **IFOSFAMIDUM** | C11.9 | CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |
| 67 | **IFOSFAMIDUM** | C12 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU GRUSZKOWATEGO |
| 68 | **IFOSFAMIDUM** | C13 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX) |
| 69 | **IFOSFAMIDUM** | C13.0 | OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ |
| 70 | **IFOSFAMIDUM** | C13.1 | FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 71 | **IFOSFAMIDUM** | C13.2 | TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA |
| 72 | **IFOSFAMIDUM** | C13.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA |
| 73 | **IFOSFAMIDUM** | C13.9 | CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |
| 74 | **IFOSFAMIDUM** | C14 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA |
| 75 | **IFOSFAMIDUM** | C14.0 | GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM |
| 76 | **IFOSFAMIDUM** | C14.2 | PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA |
| 77 | **IFOSFAMIDUM** | C14.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA |
| 78 | **IFOSFAMIDUM** | C16 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA |
| 79 | **IFOSFAMIDUM** | C16.0 | WPUST |
| 80 | **IFOSFAMIDUM** | C16.1 | DNO ŻOŁĄDKA |
| 81 | **IFOSFAMIDUM** | C16.2 | TRZON ŻOŁĄDKA |
| 82 | **IFOSFAMIDUM** | C16.3 | UJŚCIE ODŹWIERNIKA |
| 83 | **IFOSFAMIDUM** | C16.4 | ODŹWIERNIK |
| 84 | **IFOSFAMIDUM** | C16.5 | KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA |
| 85 | **IFOSFAMIDUM** | C16.6 | KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA |
| 86 | **IFOSFAMIDUM** | C16.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA |
| 87 | **IFOSFAMIDUM** | C16.9 | ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY |
| 88 | **IFOSFAMIDUM** | C17 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO |
| 89 | **IFOSFAMIDUM** | C17.0 | DWUNASTNICA |
| 90 | **IFOSFAMIDUM** | C17.1 | JELITO CZCZE |
| 91 | **IFOSFAMIDUM** | C17.2 | JELITO KRĘTE |
| 92 | **IFOSFAMIDUM** | C17.3 | UCHYŁEK MECKELA |
| 93 | **IFOSFAMIDUM** | C17.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO |
| 94 | **IFOSFAMIDUM** | C17.9 | JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE |
| 95 | **IFOSFAMIDUM** | C18 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 96 | **IFOSFAMIDUM** | C18.0 | JELITO ŚLEPE |
| 97 | **IFOSFAMIDUM** | C18.1 | WYROSTEK ROBACZKOWY |
| 98 | **IFOSFAMIDUM** | C18.2 | OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA |
| 99 | **IFOSFAMIDUM** | C18.3 | ZGIĘCIE WĄTROBOWE |
| 100 | **IFOSFAMIDUM** | C18.4 | OKRĘŻNICA POPRZECZNA |
| 101 | **IFOSFAMIDUM** | C18.5 | ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE |
| 102 | **IFOSFAMIDUM** | C18.6 | OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA |
| 103 | **IFOSFAMIDUM** | C18.7 | ESICA |
| 104 | **IFOSFAMIDUM** | C18.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY |
| 105 | **IFOSFAMIDUM** | C18.9 | OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA |
| 106 | **IFOSFAMIDUM** | C19 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO |
| 107 | **IFOSFAMIDUM** | C20 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY |
| 108 | **IFOSFAMIDUM** | C21 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU |
| 109 | **IFOSFAMIDUM** | C21.0 | ODBYT, NIEOKREŚLONY |
| 110 | **IFOSFAMIDUM** | C21.1 | KANAŁ ODBYTU |
| 111 | **IFOSFAMIDUM** | C21.2 | STREFA KLOAKOGENNA |
| 112 | **IFOSFAMIDUM** | C21.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU |
| 113 | **IFOSFAMIDUM** | C22 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH |
| 114 | **IFOSFAMIDUM** | C22.0 | RAK KOMÓREK WĄTROBY |
| 115 | **IFOSFAMIDUM** | C22.1 | RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH |
| 116 | **IFOSFAMIDUM** | C22.2 | WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA) |
| 117 | **IFOSFAMIDUM** | C22.3 | MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY |
| 118 | **IFOSFAMIDUM** | C22.4 | INNE MIĘSAKI WĄTROBY |
| 119 | **IFOSFAMIDUM** | C22.7 | INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY |
| 120 | **IFOSFAMIDUM** | C22.9 | WĄTROBA, NIEOKREŚLONA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 121 | **IFOSFAMIDUM** | C23 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO |
| 122 | **IFOSFAMIDUM** | C24 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH |
| 123 | **IFOSFAMIDUM** | C24.0 | ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE |
| 124 | **IFOSFAMIDUM** | C24.1 | BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA |
| 125 | **IFOSFAMIDUM** | C24.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH |
| 126 | **IFOSFAMIDUM** | C24.9 | DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 127 | **IFOSFAMIDUM** | C25 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI |
| 128 | **IFOSFAMIDUM** | C25.0 | GŁOWA TRZUSTKI |
| 129 | **IFOSFAMIDUM** | C25.1 | TRZON TRZUSTKI |
| 130 | **IFOSFAMIDUM** | C25.2 | OGON TRZUSTKI |
| 131 | **IFOSFAMIDUM** | C25.3 | PRZEWÓD TRZUSTKOWY |
| 132 | **IFOSFAMIDUM** | C25.4 | CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI |
| 133 | **IFOSFAMIDUM** | C25.7 | INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI |
| 134 | **IFOSFAMIDUM** | C25.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI |
| 135 | **IFOSFAMIDUM** | C25.9 | TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA |
| 136 | **IFOSFAMIDUM** | C26 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH |
| 137 | **IFOSFAMIDUM** | C26.0 | PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 138 | **IFOSFAMIDUM** | C26.1 | ŚLEDZIONA |
| 139 | **IFOSFAMIDUM** | C26.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH |
| 140 | **IFOSFAMIDUM** | C26.9 | CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIE OKREŚLONA |
| 141 | **IFOSFAMIDUM** | C30 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO |
| 142 | **IFOSFAMIDUM** | C30.0 | JAMA NOSOWA |
| 143 | **IFOSFAMIDUM** | C30.1 | UCHO ŚRODKOWE |
| 144 | **IFOSFAMIDUM** | C31 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH |
| 145 | **IFOSFAMIDUM** | C31.0 | ZATOKA SZCZĘKOWA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 146 | **IFOSFAMIDUM** | C31.1 | KOMÓRKI SITOWE |
| 147 | **IFOSFAMIDUM** | C31.2 | ZATOKA CZOŁOWA |
| 148 | **IFOSFAMIDUM** | C31.3 | ZATOKA KLINOWA |
| 149 | **IFOSFAMIDUM** | C31.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH |
| 150 | **IFOSFAMIDUM** | C31.9 | ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA |
| 151 | **IFOSFAMIDUM** | C32 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KRTANI |
| 152 | **IFOSFAMIDUM** | C32.0 | GŁOŚNIA |
| 153 | **IFOSFAMIDUM** | C32.1 | NAGŁOŚNIA |
| 154 | **IFOSFAMIDUM** | C32.2 | JAMA PODGŁOŚNIOWA |
| 155 | **IFOSFAMIDUM** | C32.3 | CHRZĄSTKI KRTANI |
| 156 | **IFOSFAMIDUM** | C32.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KRTANI |
| 157 | **IFOSFAMIDUM** | C32.9 | KRTAŃ, NIEOKREŚLONA |
| 158 | **IFOSFAMIDUM** | C33 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TCHAWICY |
| 159 | **IFOSFAMIDUM** | C34 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA |
| 160 | **IFOSFAMIDUM** | C34.0 | OSKRZELE GŁÓWNE |
| 161 | **IFOSFAMIDUM** | C34.1 | PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE |
| 162 | **IFOSFAMIDUM** | C34.2 | PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE |
| 163 | **IFOSFAMIDUM** | C34.3 | PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE |
| 164 | **IFOSFAMIDUM** | C34.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA |
| 165 | **IFOSFAMIDUM** | C34.9 | OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE |
| 166 | **IFOSFAMIDUM** | C37 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY |
| 167 | **IFOSFAMIDUM** | C38 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ |
| 168 | **IFOSFAMIDUM** | C38.0 | SERCE |
| 169 | **IFOSFAMIDUM** | C38.1 | SRÓDPIERSIE PRZEDNIE |
| 170 | **IFOSFAMIDUM** | C38.2 | SRÓDPIERSIE TYLNE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 171 | **IFOSFAMIDUM** | C38.3 | SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 172 | **IFOSFAMIDUM** | C38.4 | OPŁUCNA |
| 173 | **IFOSFAMIDUM** | C38.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ |
| 174 | **IFOSFAMIDUM** | C39 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ |
| 175 | **IFOSFAMIDUM** | C39.0 | GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 176 | **IFOSFAMIDUM** | C39.8 | ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ |
| 177 | **IFOSFAMIDUM** | C39.9 | NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO |
| 178 | **IFOSFAMIDUM** | C40 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN |
| 179 | **IFOSFAMIDUM** | C40.0 | ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 180 | **IFOSFAMIDUM** | C40.1 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 181 | **IFOSFAMIDUM** | C40.2 | KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ |
| 182 | **IFOSFAMIDUM** | C40.3 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ |
| 183 | **IFOSFAMIDUM** | C40.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN |
| 184 | **IFOSFAMIDUM** | C40.9 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE |
| 185 | **IFOSFAMIDUM** | C41 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU |
| 186 | **IFOSFAMIDUM** | C41.0 | KOŚCI CZASZKI I TWARZY |
| 187 | **IFOSFAMIDUM** | C41.1 | ŻUCHWA |
| 188 | **IFOSFAMIDUM** | C41.2 | KOŚCI KRĘGOSŁUPA |
| 189 | **IFOSFAMIDUM** | C41.3 | KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA |
| 190 | **IFOSFAMIDUM** | C41.4 | KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA |
| 191 | **IFOSFAMIDUM** | C41.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ |
| 192 | **IFOSFAMIDUM** | C41.9 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE |
| 193 | **IFOSFAMIDUM** | C43 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY |
| 194 | **IFOSFAMIDUM** | C43.0 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI |
| 195 | **IFOSFAMIDUM** | C43.1 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 196 | **IFOSFAMIDUM** | C43.2 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO |
| 197 | **IFOSFAMIDUM** | C43.3 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY |
| 198 | **IFOSFAMIDUM** | C43.4 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI |
| 199 | **IFOSFAMIDUM** | C43.5 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA |
| 200 | **IFOSFAMIDUM** | C43.6 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 201 | **IFOSFAMIDUM** | C43.7 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 202 | **IFOSFAMIDUM** | C43.8 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE |
| 203 | **IFOSFAMIDUM** | C43.9 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY |
| 204 | **IFOSFAMIDUM** | C46 | MIĘSAK KAPOSI'EGO |
| 205 | **IFOSFAMIDUM** | C46.0 | MIĘSAK KAPOSI'EGO SKÓRY |
| 206 | **IFOSFAMIDUM** | C46.1 | MIĘSAK KAPOSI'EGO TKANKI MIĘKKIEJ |
| 207 | **IFOSFAMIDUM** | C46.2 | MIĘSAK KAPOSI'EGO PODNIEBIENIA |
| 208 | **IFOSFAMIDUM** | C46.3 | MIĘSAK KAPOSI'EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH |
| 209 | **IFOSFAMIDUM** | C46.7 | MIĘSAK KAPOSI'EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 210 | **IFOSFAMIDUM** | C46.8 | MIĘSAK KAPOSI'EGO LICZNYCH NARZĄDÓW |
| 211 | **IFOSFAMIDUM** | C46.9 | MIĘSAK KAPOSI'EGO, NIEOKREŚLONY |
| 212 | **IFOSFAMIDUM** | C47 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO |
| 213 | **IFOSFAMIDUM** | C47.0 | NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI |
| 214 | **IFOSFAMIDUM** | C47.1 | NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 215 | **IFOSFAMIDUM** | C47.2 | NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 216 | **IFOSFAMIDUM** | C47.3 | NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ |
| 217 | **IFOSFAMIDUM** | C47.4 | NERWY OBWODOWE BRZUCHA |
| 218 | **IFOSFAMIDUM** | C47.5 | NERWY OBWODOWE MIEDNICY |
| 219 | **IFOSFAMIDUM** | C47.6 | NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE |
| 220 | **IFOSFAMIDUM** | C47.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 221 | **IFOSFAMIDUM** | C47.9 | NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE |
| 222 | **IFOSFAMIDUM** | C48 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ |
| 223 | **IFOSFAMIDUM** | C48.0 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA |
| 224 | **IFOSFAMIDUM** | C48.1 | OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ |
| 225 | **IFOSFAMIDUM** | C48.2 | OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA |
| 226 | **IFOSFAMIDUM** | C48.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ |
| 227 | **IFOSFAMIDUM** | C49 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH |
| 228 | **IFOSFAMIDUM** | C49.0 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI |
| 229 | **IFOSFAMIDUM** | C49.1 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 230 | **IFOSFAMIDUM** | C49.2 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 231 | **IFOSFAMIDUM** | C49.3 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ |
| 232 | **IFOSFAMIDUM** | C49.4 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA |
| 233 | **IFOSFAMIDUM** | C49.5 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY |
| 234 | **IFOSFAMIDUM** | C49.6 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA |
| 235 | **IFOSFAMIDUM** | C49.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ |
| 236 | **IFOSFAMIDUM** | C49.9 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE |
| 237 | **IFOSFAMIDUM** | C50 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA |
| 238 | **IFOSFAMIDUM** | C50.0 | BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ |
| 239 | **IFOSFAMIDUM** | C50.1 | CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA |
| 240 | **IFOSFAMIDUM** | C50.2 | ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA |
| 241 | **IFOSFAMIDUM** | C50.3 | ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA |
| 242 | **IFOSFAMIDUM** | C50.4 | ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 243 | **IFOSFAMIDUM** | C50.5 | ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 244 | **IFOSFAMIDUM** | C50.6 | CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA |
| 245 | **IFOSFAMIDUM** | C50.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 246 | **IFOSFAMIDUM** | C50.9 | SUTEK, NIEOKREŚLONY |
| 247 | **IFOSFAMIDUM** | C51 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU |
| 248 | **IFOSFAMIDUM** | C51.0 | WARGI SROMOWE WIĘKSZE |
| 249 | **IFOSFAMIDUM** | C51.1 | WARGI SROMOWE MNIEJSZE |
| 250 | **IFOSFAMIDUM** | C51.2 | ŁECHTACZKA |
| 251 | **IFOSFAMIDUM** | C51.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU |
| 252 | **IFOSFAMIDUM** | C51.9 | SROM, NIEOKREŚLONE |
| 253 | **IFOSFAMIDUM** | C52 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY |
| 254 | **IFOSFAMIDUM** | C53 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY |
| 255 | **IFOSFAMIDUM** | C53.0 | BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY |
| 256 | **IFOSFAMIDUM** | C53.1 | BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY |
| 257 | **IFOSFAMIDUM** | C53.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY |
| 258 | **IFOSFAMIDUM** | C53.9 | SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA |
| 259 | **IFOSFAMIDUM** | C54 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY |
| 260 | **IFOSFAMIDUM** | C54.0 | CIEŚŃ MACICY |
| 261 | **IFOSFAMIDUM** | C54.1 | BŁONA ŚLUZOWA MACICY |
| 262 | **IFOSFAMIDUM** | C54.2 | MIĘŚNIÓWKA MACICY |
| 263 | **IFOSFAMIDUM** | C54.3 | DNO MACICY |
| 264 | **IFOSFAMIDUM** | C54.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY |
| 265 | **IFOSFAMIDUM** | C54.9 | TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE |
| 266 | **IFOSFAMIDUM** | C55 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY |
| 267 | **IFOSFAMIDUM** | C56 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA |
| 268 | **IFOSFAMIDUM** | C57 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 269 | **IFOSFAMIDUM** | C57.0 | TRĄBKA FALLOPIA |
| 270 | **IFOSFAMIDUM** | C57.1 | WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 271 | **IFOSFAMIDUM** | C57.2 | WIĘZADŁO OBŁE MACICY |
| 272 | **IFOSFAMIDUM** | C57.3 | PRZYMACICZA |
| 273 | **IFOSFAMIDUM** | C57.4 | PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE |
| 274 | **IFOSFAMIDUM** | C57.7 | INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 275 | **IFOSFAMIDUM** | C57.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 276 | **IFOSFAMIDUM** | C57.9 | ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 277 | **IFOSFAMIDUM** | C61 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO |
| 278 | **IFOSFAMIDUM** | C62 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA |
| 279 | **IFOSFAMIDUM** | C62.0 | JĄDRO NIEZSTĄPIONE |
| 280 | **IFOSFAMIDUM** | C62.1 | JĄDRO ZSTĄPIONE |
| 281 | **IFOSFAMIDUM** | C62.9 | JĄDRO, NIEOKREŚLONE |
| 282 | **IFOSFAMIDUM** | C63 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 283 | **IFOSFAMIDUM** | C63.0 | NAJĄDRZE |
| 284 | **IFOSFAMIDUM** | C63.1 | POWRÓZEK NASIENNY |
| 285 | **IFOSFAMIDUM** | C63.2 | MOSZNA |
| 286 | **IFOSFAMIDUM** | C63.7 | INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE |
| 287 | **IFOSFAMIDUM** | C63.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 288 | **IFOSFAMIDUM** | C63.9 | MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 289 | **IFOSFAMIDUM** | C64 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ |
| 290 | **IFOSFAMIDUM** | C65 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ |
| 291 | **IFOSFAMIDUM** | C66 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU |
| 292 | **IFOSFAMIDUM** | C67 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 293 | **IFOSFAMIDUM** | C67.0 | TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 294 | **IFOSFAMIDUM** | C67.1 | SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 295 | **IFOSFAMIDUM** | C67.2 | ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 296 | **IFOSFAMIDUM** | C67.3 | ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 297 | **IFOSFAMIDUM** | C67.4 | ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 298 | **IFOSFAMIDUM** | C67.5 | SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 299 | **IFOSFAMIDUM** | C67.6 | UJŚCIE MOCZOWODU |
| 300 | **IFOSFAMIDUM** | C67.7 | MOCZOWNIK |
| 301 | **IFOSFAMIDUM** | C67.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 302 | **IFOSFAMIDUM** | C67.9 | PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY |
| 303 | **IFOSFAMIDUM** | C68 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH |
| 304 | **IFOSFAMIDUM** | C68.0 | CEWKA MOCZOWA |
| 305 | **IFOSFAMIDUM** | C68.1 | GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ |
| 306 | **IFOSFAMIDUM** | C68.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO |
| 307 | **IFOSFAMIDUM** | C68.9 | UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY |
| 308 | **IFOSFAMIDUM** | C69 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA |
| 309 | **IFOSFAMIDUM** | C69.0 | SPOJÓWKA |
| 310 | **IFOSFAMIDUM** | C69.1 | ROGÓWKA |
| 311 | **IFOSFAMIDUM** | C69.2 | SIATKÓWKA |
| 312 | **IFOSFAMIDUM** | C69.3 | NACZYNIÓWKA |
| 313 | **IFOSFAMIDUM** | C69.4 | CIAŁO RZĘSKOWE |
| 314 | **IFOSFAMIDUM** | C69.5 | GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE |
| 315 | **IFOSFAMIDUM** | C69.6 | OCZODÓŁ |
| 316 | **IFOSFAMIDUM** | C69.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA |
| 317 | **IFOSFAMIDUM** | C69.9 | OKO, NIEOKREŚLONE |
| 318 | **IFOSFAMIDUM** | C70 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON |
| 319 | **IFOSFAMIDUM** | C70.0 | OPONY MÓZGOWE |
| 320 | **IFOSFAMIDUM** | C70.1 | OPONY RDZENIOWE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 321 | **IFOSFAMIDUM** | C70.9 | OPONY, NIEOKREŚLONE |
| 322 | **IFOSFAMIDUM** | C71 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU |
| 323 | **IFOSFAMIDUM** | C71.0 | MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR |
| 324 | **IFOSFAMIDUM** | C71.1 | PŁAT CZOŁOWY |
| 325 | **IFOSFAMIDUM** | C71.2 | PŁAT SKRONIOWY |
| 326 | **IFOSFAMIDUM** | C71.3 | PŁAT CIEMIENOWY |
| 327 | **IFOSFAMIDUM** | C71.4 | PŁAT POTYLICZNY |
| 328 | **IFOSFAMIDUM** | C71.5 | KOMORY MÓZGOWE |
| 329 | **IFOSFAMIDUM** | C71.6 | MÓŻDŻEK |
| 330 | **IFOSFAMIDUM** | C71.7 | PIEŃ MÓZGU |
| 331 | **IFOSFAMIDUM** | C71.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU |
| 332 | **IFOSFAMIDUM** | C71.9 | MÓZG, NIEOKREŚLONY |
| 333 | **IFOSFAMIDUM** | C72 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 334 | **IFOSFAMIDUM** | C72.0 | RDZEŃ KRĘGOWY |
| 335 | **IFOSFAMIDUM** | C72.1 | OGON KOŃSKI |
| 336 | **IFOSFAMIDUM** | C72.2 | NERW WĘCHOWY |
| 337 | **IFOSFAMIDUM** | C72.3 | NERW WZROKOWY |
| 338 | **IFOSFAMIDUM** | C72.4 | NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY |
| 339 | **IFOSFAMIDUM** | C72.5 | INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE |
| 340 | **IFOSFAMIDUM** | C72.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 341 | **IFOSFAMIDUM** | C72.9 | CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE |
| 342 | **IFOSFAMIDUM** | C73 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY |
| 343 | **IFOSFAMIDUM** | C74 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY |
| 344 | **IFOSFAMIDUM** | C74.0 | KORA NADNERCZY |
| 345 | **IFOSFAMIDUM** | C74.1 | RDZEŃ NADNERCZY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 346 | **IFOSFAMIDUM** | C74.9 | NADNERCZE, NIEOKREŚLONE |
| 347 | **IFOSFAMIDUM** | C75 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH |
| 348 | **IFOSFAMIDUM** | C75.0 | GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY |
| 349 | **IFOSFAMIDUM** | C75.1 | PRZYSADKA GRUCZOŁOWA |
| 350 | **IFOSFAMIDUM** | C75.2 | PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY |
| 351 | **IFOSFAMIDUM** | C75.3 | SZYSZYNKA |
| 352 | **IFOSFAMIDUM** | C75.4 | KŁĘBEK SZYJNY |
| 353 | **IFOSFAMIDUM** | C75.5 | CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE |
| 354 | **IFOSFAMIDUM** | C75.8 | ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE |
| 355 | **IFOSFAMIDUM** | C75.9 | GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY |
| 356 | **IFOSFAMIDUM** | C76 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH |
| 357 | **IFOSFAMIDUM** | C76.0 | GŁOWA, TWARZ I SZYJA |
| 358 | **IFOSFAMIDUM** | C76.1 | KLATKA PIERSIOWA |
| 359 | **IFOSFAMIDUM** | C76.2 | BRZUCH |
| 360 | **IFOSFAMIDUM** | C76.3 | MIEDNICA |
| 361 | **IFOSFAMIDUM** | C76.4 | KOŃCZYNA GÓRNA |
| 362 | **IFOSFAMIDUM** | C76.5 | KOŃCZYNA DOLNA |
| 363 | **IFOSFAMIDUM** | C76.7 | INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE |
| 364 | **IFOSFAMIDUM** | C76.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 365 | **IFOSFAMIDUM** | C77 | WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH |
| 366 | **IFOSFAMIDUM** | C77.0 | WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI |
| 367 | **IFOSFAMIDUM** | C77.1 | WĘZŁY CHŁONNE WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ |
| 368 | **IFOSFAMIDUM** | C77.2 | WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ |
| 369 | **IFOSFAMIDUM** | C77.3 | WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY |
| 370 | **IFOSFAMIDUM** | C77.4 | WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 371 | **IFOSFAMIDUM** | C77.5 | WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY |
| 372 | **IFOSFAMIDUM** | C77.8 | WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW |
| 373 | **IFOSFAMIDUM** | C77.9 | WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE |
| 374 | **IFOSFAMIDUM** | C78 | WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGI I TRAWIENNEGO |
| 375 | **IFOSFAMIDUM** | C78.0 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC |
| 376 | **IFOSFAMIDUM** | C78.1 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA |
| 377 | **IFOSFAMIDUM** | C78.2 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ |
| 378 | **IFOSFAMIDUM** | C78.3 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH |
| 379 | **IFOSFAMIDUM** | C78.4 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO |
| 380 | **IFOSFAMIDUM** | C78.5 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY |
| 381 | **IFOSFAMIDUM** | C78.6 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ |
| 382 | **IFOSFAMIDUM** | C78.7 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY |
| 383 | **IFOSFAMIDUM** | C78.8 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO |
| 384 | **IFOSFAMIDUM** | C79 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 385 | **IFOSFAMIDUM** | C79.0 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ |
| 386 | **IFOSFAMIDUM** | C79.1 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO |
| 387 | **IFOSFAMIDUM** | C79.2 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY |
| 388 | **IFOSFAMIDUM** | C79.3 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH |
| 389 | **IFOSFAMIDUM** | C79.4 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO |
| 390 | **IFOSFAMIDUM** | C79.5 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO |
| 391 | **IFOSFAMIDUM** | C79.6 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA |
| 392 | **IFOSFAMIDUM** | C79.7 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY |
| 393 | **IFOSFAMIDUM** | C79.8 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 394 | **IFOSFAMIDUM** | C80 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA |
| 395 | **IFOSFAMIDUM** | C81 | CHOROBA HODGKINA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 396 | **IFOSFAMIDUM** | C81.0 | PRZEWAGA LIMFOCYTÓW |
| 397 | **IFOSFAMIDUM** | C81.1 | STWARDNIENIE GUZKOWE |
| 398 | **IFOSFAMIDUM** | C81.2 | MIESZANOKOMÓRKOWA |
| 399 | **IFOSFAMIDUM** | C81.3 | ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW |
| 400 | **IFOSFAMIDUM** | C81.7 | INNA CHOROBA HODGKINA |
| 401 | **IFOSFAMIDUM** | C81.9 | CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA |
| 402 | **IFOSFAMIDUM** | C82 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY) |
| 403 | **IFOSFAMIDUM** | C82.0 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY |
| 404 | **IFOSFAMIDUM** | C82.1 | MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY |
| 405 | **IFOSFAMIDUM** | C82.2 | WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY |
| 406 | **IFOSFAMIDUM** | C82.7 | INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO |
| 407 | **IFOSFAMIDUM** | C82.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 408 | **IFOSFAMIDUM** | C83 | CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE |
| 409 | **IFOSFAMIDUM** | C83.0 | Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 410 | **IFOSFAMIDUM** | C83.1 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY) |
| 411 | **IFOSFAMIDUM** | C83.2 | MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 412 | **IFOSFAMIDUM** | C83.3 | WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY) |
| 413 | **IFOSFAMIDUM** | C83.4 | IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 414 | **IFOSFAMIDUM** | C83.5 | LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 415 | **IFOSFAMIDUM** | C83.6 | NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY) |
| 416 | **IFOSFAMIDUM** | C83.7 | GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA |
| 417 | **IFOSFAMIDUM** | C83.8 | INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 418 | **IFOSFAMIDUM** | C83.9 | ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 419 | **IFOSFAMIDUM** | C84 | OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 420 | **IFOSFAMIDUM** | C84.0 | ZIARNINIAK GRZYBIASTY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 421 | **IFOSFAMIDUM** | C84.1 | CHOROBA SEZARY' EGO |
| 422 | **IFOSFAMIDUM** | C84.2 | CHŁONIAK STREFY T |
| 423 | **IFOSFAMIDUM** | C84.3 | CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY |
| 424 | **IFOSFAMIDUM** | C84.4 | OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 425 | **IFOSFAMIDUM** | C84.5 | INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T |
| 426 | **IFOSFAMIDUM** | C85 | INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 427 | **IFOSFAMIDUM** | C85.0 | MIĘSAK LIMFATYCZNY |
| 428 | **IFOSFAMIDUM** | C85.1 | CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY |
| 429 | **IFOSFAMIDUM** | C85.7 | INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO |
| 430 | **IFOSFAMIDUM** | C85.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 431 | **IFOSFAMIDUM** | C88 | ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE |
| 432 | **IFOSFAMIDUM** | C88.0 | MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA |
| 433 | **IFOSFAMIDUM** | C88.1 | CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA |
| 434 | **IFOSFAMIDUM** | C88.2 | CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA |
| 435 | **IFOSFAMIDUM** | C88.3 | CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO |
| 436 | **IFOSFAMIDUM** | C88.7 | INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE |
| 437 | **IFOSFAMIDUM** | C88.9 | ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE |
| 438 | **IFOSFAMIDUM** | C90 | SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH |
| 439 | **IFOSFAMIDUM** | C90.0 | SZPICZAK MNOGI |
| 440 | **IFOSFAMIDUM** | C90.1 | BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA |
| 441 | **IFOSFAMIDUM** | C90.2 | POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA |
| 442 | **IFOSFAMIDUM** | C91 | BIAŁACZKA LIMFATYCZNA |
| 443 | **IFOSFAMIDUM** | C91.0 | OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA |
| 444 | **IFOSFAMIDUM** | C91.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA |
| 445 | **IFOSFAMIDUM** | C91.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 446 | **IFOSFAMIDUM** | C91.3 | BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA |
| 447 | **IFOSFAMIDUM** | C91.4 | BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL) |
| 448 | **IFOSFAMIDUM** | C91.5 | BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T |
| 449 | **IFOSFAMIDUM** | C91.7 | INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA |
| 450 | **IFOSFAMIDUM** | C91.9 | BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA |
| 451 | **IFOSFAMIDUM** | C92 | BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 452 | **IFOSFAMIDUM** | C92.0 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 453 | **IFOSFAMIDUM** | C92.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 454 | **IFOSFAMIDUM** | C92.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 455 | **IFOSFAMIDUM** | C92.3 | MIĘSAK SZPIKOWY |
| 456 | **IFOSFAMIDUM** | C92.4 | OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA |
| 457 | **IFOSFAMIDUM** | C92.5 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA |
| 458 | **IFOSFAMIDUM** | C92.7 | INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 459 | **IFOSFAMIDUM** | C92.9 | BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA |
| 460 | **IFOSFAMIDUM** | C93 | BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 461 | **IFOSFAMIDUM** | C93.0 | OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 462 | **IFOSFAMIDUM** | C93.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 463 | **IFOSFAMIDUM** | C93.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 464 | **IFOSFAMIDUM** | C93.7 | INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 465 | **IFOSFAMIDUM** | C93.9 | BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA |
| 466 | **IFOSFAMIDUM** | C94 | INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU |
| 467 | **IFOSFAMIDUM** | C94.0 | OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA) |
| 468 | **IFOSFAMIDUM** | C94.1 | PRZEWLEKŁA CZERWIENICA |
| 469 | **IFOSFAMIDUM** | C94.2 | OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA |
| 470 | **IFOSFAMIDUM** | C94.3 | BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 471 | **IFOSFAMIDUM** | C94.4 | OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA |
| 472 | **IFOSFAMIDUM** | C94.5 | OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU |
| 473 | **IFOSFAMIDUM** | C94.7 | INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA |
| 474 | **IFOSFAMIDUM** | C95 | BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 475 | **IFOSFAMIDUM** | C95.0 | OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 476 | **IFOSFAMIDUM** | C95.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 477 | **IFOSFAMIDUM** | C95.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 478 | **IFOSFAMIDUM** | C95.7 | INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 479 | **IFOSFAMIDUM** | C95.9 | BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA |
| 480 | **IFOSFAMIDUM** | C96 | INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH |
| 481 | **IFOSFAMIDUM** | C96.0 | CHOROBA LETTERERA-SIWEGO |
| 482 | **IFOSFAMIDUM** | C96.1 | HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA |
| 483 | **IFOSFAMIDUM** | C96.2 | GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH |
| 484 | **IFOSFAMIDUM** | C96.3 | PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY |
| 485 | **IFOSFAMIDUM** | C96.7 | INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH |
| 486 | **IFOSFAMIDUM** | C96.9 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE |
| 487 | **IFOSFAMIDUM** | C97 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ |
| 488 | **IFOSFAMIDUM** | D01 | RAKI IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH |
| 489 | **IFOSFAMIDUM** | D01.0 | OKRĘŻNICA |
| 490 | **IFOSFAMIDUM** | D01.1 | ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE |
| 491 | **IFOSFAMIDUM** | D01.2 | ODBYTNICA |
| 492 | **IFOSFAMIDUM** | D01.3 | ODBYT I KANAŁ ODBYTU |
| 493 | **IFOSFAMIDUM** | D01.4 | INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA |
| 494 | **IFOSFAMIDUM** | D01.5 | WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 495 | **IFOSFAMIDUM** | D01.7 | INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE |
| 496 | **IFOSFAMIDUM** | D01.9 | NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE |
| 497 | **IFOSFAMIDUM** | D03 | CZERNIAK IN SITU |
| 498 | **IFOSFAMIDUM** | D03.0 | CZERNIAK IN SITU WARGI |
| 499 | **IFOSFAMIDUM** | D03.1 | CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA |
| 500 | **IFOSFAMIDUM** | D03.2 | CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO |
| 501 | **IFOSFAMIDUM** | D03.3 | CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY |
| 502 | **IFOSFAMIDUM** | D03.4 | CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI |
| 503 | **IFOSFAMIDUM** | D03.5 | CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA |
| 504 | **IFOSFAMIDUM** | D03.6 | CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 505 | **IFOSFAMIDUM** | D03.7 | CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 506 | **IFOSFAMIDUM** | D03.8 | CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 507 | **IFOSFAMIDUM** | D03.9 | CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY |
| 508 | **IFOSFAMIDUM** | D06 | RAK IN SITU SZYJKI MACICY |
| 509 | **IFOSFAMIDUM** | D06.0 | BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY |
| 510 | **IFOSFAMIDUM** | D06.1 | BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY |
| 511 | **IFOSFAMIDUM** | D06.7 | INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY |
| 512 | **IFOSFAMIDUM** | D06.9 | SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA |
| 513 | **IFOSFAMIDUM** | D07 | RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 514 | **IFOSFAMIDUM** | D07.0 | BŁONA ŚLUZOWA MACICY |
| 515 | **IFOSFAMIDUM** | D07.1 | SROM |
| 516 | **IFOSFAMIDUM** | D07.2 | POCHWA |
| 517 | **IFOSFAMIDUM** | D07.3 | INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE |
| 518 | **IFOSFAMIDUM** | D07.4 | PRĄCIE |
| 519 | **IFOSFAMIDUM** | D07.5 | GRUCZOŁ KROKOWY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 520 | **IFOSFAMIDUM** | D07.6 | INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE |
| 521 | **IFOSFAMIDUM** | D09 | RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 522 | **IFOSFAMIDUM** | D09.0 | PĘCHERZ MOCZOWY |
| 523 | **IFOSFAMIDUM** | D09.1 | INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO |
| 524 | **IFOSFAMIDUM** | D09.2 | OKO |
| 525 | **IFOSFAMIDUM** | D09.3 | TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 526 | **IFOSFAMIDUM** | D09.7 | RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 527 | **IFOSFAMIDUM** | D09.9 | RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY |
| 528 | **IFOSFAMIDUM** | D10 | NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA |
| 529 | **IFOSFAMIDUM** | D10.0 | WARGA |
| 530 | **IFOSFAMIDUM** | D10.1 | JĘZYK |
| 531 | **IFOSFAMIDUM** | D10.2 | DNO JAMY USTNEJ |
| 532 | **IFOSFAMIDUM** | D10.3 | INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ |
| 533 | **IFOSFAMIDUM** | D10.4 | MIGDAŁEK |
| 534 | **IFOSFAMIDUM** | D10.5 | INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE |
| 535 | **IFOSFAMIDUM** | D10.6 | CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA |
| 536 | **IFOSFAMIDUM** | D10.7 | CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA |
| 537 | **IFOSFAMIDUM** | D10.9 | GARDŁO, NIEOKREŚLONE |
| 538 | **IFOSFAMIDUM** | D11 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH |
| 539 | **IFOSFAMIDUM** | D11.0 | ŚLINIANKA PRZYUSZNA |
| 540 | **IFOSFAMIDUM** | D11.7 | INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE |
| 541 | **IFOSFAMIDUM** | D11.9 | DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE |
| 542 | **IFOSFAMIDUM** | D12 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY,ODBYTNICY,ODBYTU I KANAŁU ODBYTU |
| 543 | **IFOSFAMIDUM** | D12.0 | JELITO ŚLEPE |
| 544 | **IFOSFAMIDUM** | D12.1 | WYROSTEK ROBACZKOWY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 545 | **IFOSFAMIDUM** | D12.2 | OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA |
| 546 | **IFOSFAMIDUM** | D12.3 | OKRĘŻNICA POPRZECZNA |
| 547 | **IFOSFAMIDUM** | D12.4 | OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA |
| 548 | **IFOSFAMIDUM** | D12.5 | OKRĘŻNICA ESOWATA |
| 549 | **IFOSFAMIDUM** | D12.6 | OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA |
| 550 | **IFOSFAMIDUM** | D12.7 | ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE |
| 551 | **IFOSFAMIDUM** | D12.8 | ODBYTNICA |
| 552 | **IFOSFAMIDUM** | D12.9 | ODBYT I KANAŁ ODBYTU |
| 553 | **IFOSFAMIDUM** | D13 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO |
| 554 | **IFOSFAMIDUM** | D13.0 | PRZEŁYK |
| 555 | **IFOSFAMIDUM** | D13.1 | ŻOŁĄDEK |
| 556 | **IFOSFAMIDUM** | D13.2 | DWUNASTNICA |
| 557 | **IFOSFAMIDUM** | D13.3 | INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO |
| 558 | **IFOSFAMIDUM** | D13.4 | WĄTROBA |
| 559 | **IFOSFAMIDUM** | D13.5 | DROGI ŻÓŁCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE |
| 560 | **IFOSFAMIDUM** | D13.6 | TRZUSTKA |
| 561 | **IFOSFAMIDUM** | D13.7 | WYSPY TRZUSTKI |
| 562 | **IFOSFAMIDUM** | D13.9 | NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO |
| 563 | **IFOSFAMIDUM** | D14 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO |
| 564 | **IFOSFAMIDUM** | D14.0 | UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE |
| 565 | **IFOSFAMIDUM** | D14.1 | KRTAŃ |
| 566 | **IFOSFAMIDUM** | D14.2 | TCHAWICA |
| 567 | **IFOSFAMIDUM** | D14.3 | OSKRZELA I PŁUCA |
| 568 | **IFOSFAMIDUM** | D14.4 | UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE |
| 569 | **IFOSFAMIDUM** | D15 | NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 570 | **IFOSFAMIDUM** | D15.0 | GRASICA |
| 571 | **IFOSFAMIDUM** | D15.1 | SERCE |
| 572 | **IFOSFAMIDUM** | D15.2 | SRÓDPIERSIE |
| 573 | **IFOSFAMIDUM** | D15.7 | INNE OKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ |
| 574 | **IFOSFAMIDUM** | D15.9 | NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ |
| 575 | **IFOSFAMIDUM** | D16 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH |
| 576 | **IFOSFAMIDUM** | D16.0 | ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 577 | **IFOSFAMIDUM** | D16.1 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 578 | **IFOSFAMIDUM** | D16.2 | KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ |
| 579 | **IFOSFAMIDUM** | D16.3 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ |
| 580 | **IFOSFAMIDUM** | D16.4 | KOŚCI CZASZKI I TWARZY |
| 581 | **IFOSFAMIDUM** | D16.5 | ŻUCHWA |
| 582 | **IFOSFAMIDUM** | D16.6 | KRĘGOSŁUP |
| 583 | **IFOSFAMIDUM** | D16.7 | ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK |
| 584 | **IFOSFAMIDUM** | D16.8 | KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA |
| 585 | **IFOSFAMIDUM** | D16.9 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE |
| 586 | **IFOSFAMIDUM** | D20 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ |
| 587 | **IFOSFAMIDUM** | D20.0 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA |
| 588 | **IFOSFAMIDUM** | D20.1 | OTRZEWNA |
| 589 | **IFOSFAMIDUM** | D21 | INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH |
| 590 | **IFOSFAMIDUM** | D21.0 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI |
| 591 | **IFOSFAMIDUM** | D21.1 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 592 | **IFOSFAMIDUM** | D21.2 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 593 | **IFOSFAMIDUM** | D21.3 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ |
| 594 | **IFOSFAMIDUM** | D21.4 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 595 | **IFOSFAMIDUM** | D21.5 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY |
| 596 | **IFOSFAMIDUM** | D21.6 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE |
| 597 | **IFOSFAMIDUM** | D21.9 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE |
| 598 | **IFOSFAMIDUM** | D27 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA |
| 599 | **IFOSFAMIDUM** | D28 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 600 | **IFOSFAMIDUM** | D28.0 | SROM |
| 601 | **IFOSFAMIDUM** | D28.1 | POCHWA |
| 602 | **IFOSFAMIDUM** | D28.2 | JAJOWODY I WIĘZADŁA |
| 603 | **IFOSFAMIDUM** | D28.7 | INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 604 | **IFOSFAMIDUM** | D28.9 | ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 605 | **IFOSFAMIDUM** | D29 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 606 | **IFOSFAMIDUM** | D29.0 | PRĄCIE |
| 607 | **IFOSFAMIDUM** | D29.1 | GRUCZOŁ KROKOWY |
| 608 | **IFOSFAMIDUM** | D29.2 | JĄDRO |
| 609 | **IFOSFAMIDUM** | D29.3 | NAJĄDRZE |
| 610 | **IFOSFAMIDUM** | D29.4 | MOSZNA |
| 611 | **IFOSFAMIDUM** | D29.7 | INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 612 | **IFOSFAMIDUM** | D29.9 | MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 613 | **IFOSFAMIDUM** | D30 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH |
| 614 | **IFOSFAMIDUM** | D30.0 | NERKA |
| 615 | **IFOSFAMIDUM** | D30.1 | MIEDNICZKA NERKOWA |
| 616 | **IFOSFAMIDUM** | D30.2 | MOCZOWÓD |
| 617 | **IFOSFAMIDUM** | D30.3 | PĘCHERZ MOCZOWY |
| 618 | **IFOSFAMIDUM** | D30.4 | CEWKA MOCZOWA |
| 619 | **IFOSFAMIDUM** | D30.7 | INNE NARZĄDY MOCZOWE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 620 | **IFOSFAMIDUM** | D30.9 | NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE |
| 621 | **IFOSFAMIDUM** | D31 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA |
| 622 | **IFOSFAMIDUM** | D31.0 | SPOJÓWKA |
| 623 | **IFOSFAMIDUM** | D31.1 | ROGÓWKA |
| 624 | **IFOSFAMIDUM** | D31.2 | SIATKÓWKA |
| 625 | **IFOSFAMIDUM** | D31.3 | NACZYNIÓWKA |
| 626 | **IFOSFAMIDUM** | D31.4 | CIAŁO RZĘSKOWE |
| 627 | **IFOSFAMIDUM** | D31.5 | GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE |
| 628 | **IFOSFAMIDUM** | D31.6 | OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY |
| 629 | **IFOSFAMIDUM** | D31.9 | OKO, NIEOKREŚLONE |
| 630 | **IFOSFAMIDUM** | D32 | NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH |
| 631 | **IFOSFAMIDUM** | D32.0 | OPONY MÓZGOWE |
| 632 | **IFOSFAMIDUM** | D32.1 | OPONY RDZENIOWE |
| 633 | **IFOSFAMIDUM** | D32.9 | OPONY, NIEOKREŚLONE |
| 634 | **IFOSFAMIDUM** | D33 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 635 | **IFOSFAMIDUM** | D33.0 | MÓZG, NADNAMIOTOWE |
| 636 | **IFOSFAMIDUM** | D33.1 | MÓZG, PODNAMIOTOWE |
| 637 | **IFOSFAMIDUM** | D33.2 | MÓZG, NIEOKREŚLONY |
| 638 | **IFOSFAMIDUM** | D33.3 | NERWY CZASZKOWE |
| 639 | **IFOSFAMIDUM** | D33.4 | RDZEŃ KRĘGOWY |
| 640 | **IFOSFAMIDUM** | D33.7 | INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 641 | **IFOSFAMIDUM** | D33.9 | CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY |
| 642 | **IFOSFAMIDUM** | D34 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY |
| 643 | **IFOSFAMIDUM** | D35 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 644 | **IFOSFAMIDUM** | D35.0 | NADNERCZA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 645 | **IFOSFAMIDUM** | D35.1 | PRZYTARCZYCE |
| 646 | **IFOSFAMIDUM** | D35.2 | PRZYSADKA |
| 647 | **IFOSFAMIDUM** | D35.3 | PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY |
| 648 | **IFOSFAMIDUM** | D35.4 | SZYSZYNKA |
| 649 | **IFOSFAMIDUM** | D35.5 | KŁĘBEK SZYJNY |
| 650 | **IFOSFAMIDUM** | D35.6 | CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE |
| 651 | **IFOSFAMIDUM** | D35.7 | INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 652 | **IFOSFAMIDUM** | D35.8 | ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 653 | **IFOSFAMIDUM** | D35.9 | GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY |
| 654 | **IFOSFAMIDUM** | D36 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU |
| 655 | **IFOSFAMIDUM** | D36.0 | WĘZŁY CHŁONNE |
| 656 | **IFOSFAMIDUM** | D36.1 | NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY |
| 657 | **IFOSFAMIDUM** | D36.7 | INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE |
| 658 | **IFOSFAMIDUM** | D36.9 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA |
| 659 | **IFOSFAMIDUM** | D37 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH |
| 660 | **IFOSFAMIDUM** | D37.0 | WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO |
| 661 | **IFOSFAMIDUM** | D37.1 | ŻOŁĄDEK |
| 662 | **IFOSFAMIDUM** | D37.2 | JELITO CIENKIE |
| 663 | **IFOSFAMIDUM** | D37.3 | JELIO ŚLEPE |
| 664 | **IFOSFAMIDUM** | D37.4 | OKRĘŻNICA |
| 665 | **IFOSFAMIDUM** | D37.5 | ODBYTNICA |
| 666 | **IFOSFAMIDUM** | D37.6 | WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE |
| 667 | **IFOSFAMIDUM** | D37.7 | INNE NARZĄDY TRAWIENNE |
| 668 | **IFOSFAMIDUM** | D37.9 | NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE |
| 669 | **IFOSFAMIDUM** | D38 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 670 | **IFOSFAMIDUM** | D38.0 | KRTAŃ |
| 671 | **IFOSFAMIDUM** | D38.1 | TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA |
| 672 | **IFOSFAMIDUM** | D38.2 | OPŁUCNA |
| 673 | **IFOSFAMIDUM** | D38.3 | 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<br>*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<br>w przypadku:<br>guzów neuroendokrynnych żołądkowo-jelitowo-trzustkowych nieznanego pochodzenia |

Załącznik C.39.

## MELPHALANUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1. | **MELPHALANUM** | C43 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY |
| 2. | **MELPHALANUM** | C43.0 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI |
| 3. | **MELPHALANUM** | C43.1 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA |
| 4. | **MELPHALANUM** | C43.2 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO |
| 5. | **MELPHALANUM** | C43.3 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY |
| 6. | **MELPHALANUM** | C43.4 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI |
| 7. | **MELPHALANUM** | C43.5 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA |
| 8. | **MELPHALANUM** | C43.6 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 9. | **MELPHALANUM** | C43.7 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 10. | **MELPHALANUM** | C43.8 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE |
| 11. | **MELPHALANUM** | C43.9 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY |
| 12. | **MELPHALANUM** | C56 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA |
| 13. | **MELPHALANUM** | C81 | CHOROBA HODGKINA |
| 14. | **MELPHALANUM** | C81.0 | PRZEWAGA LIMFOCYTÓW |
| 15. | **MELPHALANUM** | C81.1 | STWARDNIENIE GUZKOWE |
| 16. | **MELPHALANUM** | C81.2 | MIESZANOKOMÓRKOWA |
| 17. | **MELPHALANUM** | C81.3 | ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW |
| 18. | **MELPHALANUM** | C81.7 | INNA CHOROBA HODGKINA |
| 19. | **MELPHALANUM** | C81.9 | CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA |
| 20. | **MELPHALANUM** | C82 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY) |
| 21. | **MELPHALANUM** | C82.0 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 22. | **MELPHALANUM** | C82.1 | MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY |
| 23. | **MELPHALANUM** | C82.2 | WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY |
| 24. | **MELPHALANUM** | C82.7 | INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO |
| 25. | **MELPHALANUM** | C82.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 26. | **MELPHALANUM** | C83 | CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE |
| 27. | **MELPHALANUM** | C83.0 | Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 28. | **MELPHALANUM** | C83.1 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY) |
| 29. | **MELPHALANUM** | C83.2 | MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 30. | **MELPHALANUM** | C83.3 | WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY) |
| 31. | **MELPHALANUM** | C83.4 | IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 32. | **MELPHALANUM** | C83.5 | LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 33. | **MELPHALANUM** | C83.6 | NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY) |
| 34. | **MELPHALANUM** | C83.7 | GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA |
| 35. | **MELPHALANUM** | C83.8 | INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 36. | **MELPHALANUM** | C83.9 | ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 37. | **MELPHALANUM** | C84 | OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 38. | **MELPHALANUM** | C84.0 | ZIARNINIAK GRZYBIASTY |
| 39. | **MELPHALANUM** | C84.1 | CHOROBA SEZARY' EGO |
| 40. | **MELPHALANUM** | C84.2 | CHŁONIAK STREFY T |
| 41. | **MELPHALANUM** | C84.3 | CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY |
| 42. | **MELPHALANUM** | C84.4 | OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 43. | **MELPHALANUM** | C84.5 | INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T |
| 44. | **MELPHALANUM** | C85 | INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 45. | **MELPHALANUM** | C85.0 | MIĘSAK LIMFATYCZNY |
| 46. | **MELPHALANUM** | C85.1 | CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 47. | **MELPHALANUM** | C85.7 | INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO |
| 48. | **MELPHALANUM** | C85.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 49. | **MELPHALANUM** | C90 | SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH |
| 50. | **MELPHALANUM** | C90.0 | SZPICZAK MNOGI |
| 51. | **MELPHALANUM** | C90.1 | BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA |
| 52. | **MELPHALANUM** | C90.2 | POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA |
| 53. | **MELPHALANUM** | C92.0 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 54. | **MELPHALANUM** | D45 | CZERWIENICA PRAWDZIWA |
| 55. | **MELPHALANUM** | E85 | AMYLOIDOZA /SKROBIAWICA/ |
| 56. | **MELPHALANUM** | E85.0 | SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE,POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA |
| 57. | **MELPHALANUM** | E85.1 | SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA,POSTAĆ NEUROPATYCZNA |
| 58. | **MELPHALANUM** | E85.2 | SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA |
| 59. | **MELPHALANUM** | E85.3 | WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE |
| 60. | **MELPHALANUM** | E85.4 | ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH |
| 61. | **MELPHALANUM** | E85.8 | INNE AMYLOIDOZY |
| 62. | **MELPHALANUM** | E85.9 | AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA |

Załącznik C.40.

**MERCAPTOPURINUM**

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1. | **MERCAPTOPURINUM** | C81 | CHOROBA HODGKINA |
| 2. | **MERCAPTOPURINUM** | C81.0 | PRZEWAGA LIMFOCYTÓW |
| 3. | **MERCAPTOPURINUM** | C81.1 | STWARDNIENIE GUZKOWE |
| 4. | **MERCAPTOPURINUM** | C81.2 | MIESZANOKOMÓRKOWA |
| 5. | **MERCAPTOPURINUM** | C81.3 | ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW |
| 6. | **MERCAPTOPURINUM** | C81.7 | INNA CHOROBA HODGKINA |
| 7. | **MERCAPTOPURINUM** | C81.9 | CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA |
| 8. | **MERCAPTOPURINUM** | C82 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY) |
| 9. | **MERCAPTOPURINUM** | C82.0 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY |
| 10. | **MERCAPTOPURINUM** | C82.1 | MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY |
| 11. | **MERCAPTOPURINUM** | C82.2 | WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY |
| 12. | **MERCAPTOPURINUM** | C82.7 | INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO |
| 13. | **MERCAPTOPURINUM** | C82.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 14. | **MERCAPTOPURINUM** | C83 | CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE |
| 15. | **MERCAPTOPURINUM** | C83.0 | Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 16. | **MERCAPTOPURINUM** | C83.1 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY) |
| 17. | **MERCAPTOPURINUM** | C83.2 | MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 18. | **MERCAPTOPURINUM** | C83.3 | WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY) |
| 19. | **MERCAPTOPURINUM** | C83.4 | IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY) |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 20. | **MERCAPTOPURINUM** | C83.5 | LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 21. | **MERCAPTOPURINUM** | C83.6 | NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY) |
| 22. | **MERCAPTOPURINUM** | C83.7 | GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA |
| 23. | **MERCAPTOPURINUM** | C83.8 | INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 24. | **MERCAPTOPURINUM** | C83.9 | ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 25. | **MERCAPTOPURINUM** | C84 | OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 26. | **MERCAPTOPURINUM** | C84.0 | ZIARNINIAK GRZYBIASTY |
| 27. | **MERCAPTOPURINUM** | C84.1 | CHOROBA SEZARY' EGO |
| 28. | **MERCAPTOPURINUM** | C84.2 | CHŁONIAK STREFY T |
| 29. | **MERCAPTOPURINUM** | C84.3 | CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY |
| 30. | **MERCAPTOPURINUM** | C84.4 | OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 31. | **MERCAPTOPURINUM** | C84.5 | INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T |
| 32. | **MERCAPTOPURINUM** | C85 | INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 33. | **MERCAPTOPURINUM** | C85.0 | MIĘSAK LIMFATYCZNY |
| 34. | **MERCAPTOPURINUM** | C85.1 | CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY |
| 35. | **MERCAPTOPURINUM** | C85.7 | INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO |
| 36. | **MERCAPTOPURINUM** | C85.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 37. | **MERCAPTOPURINUM** | C88 | ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE |
| 38. | **MERCAPTOPURINUM** | C88.0 | MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA |
| 39. | **MERCAPTOPURINUM** | C88.1 | CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA |
| 40. | **MERCAPTOPURINUM** | C88.2 | CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA |
| 41. | **MERCAPTOPURINUM** | C88.3 | CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO |
| 42. | **MERCAPTOPURINUM** | C88.7 | INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE |
| 43. | **MERCAPTOPURINUM** | C88.9 | ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE |
| 44. | **MERCAPTOPURINUM** | C90.1 | BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA |
| 45. | **MERCAPTOPURINUM** | C91 | BIAŁACZKA LIMFATYCZNA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 46. | **MERCAPTOPURINUM** | C91.0 | OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA |
| 47. | **MERCAPTOPURINUM** | C91.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA |
| 48. | **MERCAPTOPURINUM** | C91.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA |
| 49. | **MERCAPTOPURINUM** | C91.3 | BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA |
| 50. | **MERCAPTOPURINUM** | C91.4 | BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL) |
| 51. | **MERCAPTOPURINUM** | C91.5 | BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T |
| 52. | **MERCAPTOPURINUM** | C91.7 | INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA |
| 53. | **MERCAPTOPURINUM** | C91.9 | BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA |
| 54. | **MERCAPTOPURINUM** | C92 | BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 55. | **MERCAPTOPURINUM** | C92.0 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 56. | **MERCAPTOPURINUM** | C92.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 57. | **MERCAPTOPURINUM** | C92.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 58. | **MERCAPTOPURINUM** | C92.3 | MIĘSAK SZPIKOWY |
| 59. | **MERCAPTOPURINUM** | C92.4 | OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA |
| 60. | **MERCAPTOPURINUM** | C92.5 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA |
| 61. | **MERCAPTOPURINUM** | C92.7 | INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 62. | **MERCAPTOPURINUM** | C92.9 | BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA |
| 63. | **MERCAPTOPURINUM** | C93 | BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 64. | **MERCAPTOPURINUM** | C93.0 | OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 65. | **MERCAPTOPURINUM** | C93.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 66. | **MERCAPTOPURINUM** | C93.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 67. | **MERCAPTOPURINUM** | C93.7 | INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 68. | **MERCAPTOPURINUM** | C93.9 | BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA |
| 69. | **MERCAPTOPURINUM** | C94 | INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU |
| 70. | **MERCAPTOPURINUM** | C94.0 | OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA) |
| 71. | **MERCAPTOPURINUM** | C94.1 | PRZEWLEKŁA CZERWIENICA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 72. | **MERCAPTOPURINUM** | C94.2 | OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA |
| 73. | **MERCAPTOPURINUM** | C94.3 | BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH |
| 74. | **MERCAPTOPURINUM** | C94.4 | OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA |
| 75. | **MERCAPTOPURINUM** | C94.5 | OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU |
| 76. | **MERCAPTOPURINUM** | C94.7 | INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA |
| 77. | **MERCAPTOPURINUM** | C95 | BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 78. | **MERCAPTOPURINUM** | C95.0 | OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 79. | **MERCAPTOPURINUM** | C95.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 80. | **MERCAPTOPURINUM** | C95.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 81. | **MERCAPTOPURINUM** | C95.7 | INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 82. | **MERCAPTOPURINUM** | C95.9 | BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA |
| 83. | **MERCAPTOPURINUM** | C96 | INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH |
| 84. | **MERCAPTOPURINUM** | C96.0 | CHOROBA LETTERERA-SIWEGO |
| 85. | **MERCAPTOPURINUM** | C96.1 | HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA |
| 86. | **MERCAPTOPURINUM** | C96.2 | GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH |
| 87. | **MERCAPTOPURINUM** | C96.3 | PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY |
| 88. | **MERCAPTOPURINUM** | C96.7 | INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH |
| 89. | **MERCAPTOPURINUM** | C96.9 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE |
| 90. | **MERCAPTOPURINUM** | D46 | ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE |
| 91. | **MERCAPTOPURINUM** | D46.0 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW |
| 92. | **MERCAPTOPURINUM** | D46.1 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI |
| 93. | **MERCAPTOPURINUM** | D46.2 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW |
| 94. | **MERCAPTOPURINUM** | D46.3 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ |
| 95. | **MERCAPTOPURINUM** | D46.4 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA |
| 96. | **MERCAPTOPURINUM** | D46.7 | INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 97. | **MERCAPTOPURINUM** | D46.9 | ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY |
| 98. | **MERCAPTOPURINUM** | D76.0 | HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ |
| 99. | **MERCAPTOPURINUM** | D76.1 | LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ |
| 100. | **MERCAPTOPURINUM** | D76.2 | ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM |
| 101. | **MERCAPTOPURINUM** | E85 | AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/ |
| 102. | **MERCAPTOPURINUM** | E85.0 | SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE,POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA |
| 103. | **MERCAPTOPURINUM** | E85.1 | SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA,POSTAĆ NEUROPATYCZNA |
| 104. | **MERCAPTOPURINUM** | E85.2 | SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA |
| 105. | **MERCAPTOPURINUM** | E85.3 | WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE |
| 106. | **MERCAPTOPURINUM** | E85.4 | ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH |
| 107. | **MERCAPTOPURINUM** | E85.8 | INNE AMYLOIDOZY |
| 108. | **MERCAPTOPURINUM** | E85.9 | AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA |

Załącznik C.41.

## METHOTREXATUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1. | **METHOTREXATUM** | C00 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI |
| 2. | **METHOTREXATUM** | C00.0 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ |
| 3. | **METHOTREXATUM** | C00.1 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ |
| 4. | **METHOTREXATUM** | C00.2 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA |
| 5. | **METHOTREXATUM** | C00.3 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ |
| 6. | **METHOTREXATUM** | C00.4 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ |
| 7. | **METHOTREXATUM** | C00.5 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA) |
| 8. | **METHOTREXATUM** | C00.6 | SPOIDŁO WARGI |
| 9. | **METHOTREXATUM** | C00.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI |
| 10. | **METHOTREXATUM** | C00.9 | WARGA, NIEOKREŚLONA |
| 11. | **METHOTREXATUM** | C01 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA |
| 12. | **METHOTREXATUM** | C02 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA |
| 13. | **METHOTREXATUM** | C02.0 | POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA |
| 14. | **METHOTREXATUM** | C02.1 | BRZEG JĘZYKA |
| 15. | **METHOTREXATUM** | C02.2 | DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA |
| 16. | **METHOTREXATUM** | C02.3 | PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 17. | **METHOTREXATUM** | C02.4 | MIGDAŁEK JĘZYKOWY |
| 18. | **METHOTREXATUM** | C02.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA |
| 19. | **METHOTREXATUM** | C02.9 | JĘZYK, NIEOKREŚLONY |
| 20. | **METHOTREXATUM** | C03 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 21. | **METHOTREXATUM** | C03.0 | DZIĄSŁO GÓRNE |
| 22. | **METHOTREXATUM** | C03.1 | DZIĄSŁO DOLNE |
| 23. | **METHOTREXATUM** | C03.9 | DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE |
| 24. | **METHOTREXATUM** | C04 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ |
| 25. | **METHOTREXATUM** | C04.0 | PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ |
| 26. | **METHOTREXATUM** | C04.1 | BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ |
| 27. | **METHOTREXATUM** | C04.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ |
| 28. | **METHOTREXATUM** | C04.9 | DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE |
| 29. | **METHOTREXATUM** | C05 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA |
| 30. | **METHOTREXATUM** | C05.0 | PODNIEBIENIE TWARDE |
| 31. | **METHOTREXATUM** | C05.1 | PODNIEBIENIE MIĘKKIE |
| 32. | **METHOTREXATUM** | C05.2 | JĘZYCZEK |
| 33. | **METHOTREXATUM** | C05.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO |
| 34. | **METHOTREXATUM** | C05.9 | PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE |
| 35. | **METHOTREXATUM** | C06 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ |
| 36. | **METHOTREXATUM** | C06.0 | ŚLUZÓWKA POLICZKA |
| 37. | **METHOTREXATUM** | C06.1 | PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ |
| 38. | **METHOTREXATUM** | C06.2 | PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA |
| 39. | **METHOTREXATUM** | C06.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ |
| 40. | **METHOTREXATUM** | C06.9 | JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA |
| 41. | **METHOTREXATUM** | C07 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ |
| 42. | **METHOTREXATUM** | C08 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH |
| 43. | **METHOTREXATUM** | C08.0 | ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA |
| 44. | **METHOTREXATUM** | C08.1 | ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA |
| 45. | **METHOTREXATUM** | C08.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 46. | **METHOTREXATUM** | C08.9 | DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE |
| 47. | **METHOTREXATUM** | C09 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA |
| 48. | **METHOTREXATUM** | C09.0 | DÓŁ MIGDAŁKOWY |
| 49. | **METHOTREXATUM** | C09.1 | ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY) |
| 50. | **METHOTREXATUM** | C09.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA |
| 51. | **METHOTREXATUM** | C09.9 | MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY |
| 52. | **METHOTREXATUM** | C10 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX) |
| 53. | **METHOTREXATUM** | C10.0 | DOLINKA NAGŁOŚNIOWA |
| 54. | **METHOTREXATUM** | C10.1 | PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI |
| 55. | **METHOTREXATUM** | C10.2 | ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 56. | **METHOTREXATUM** | C10.3 | ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 57. | **METHOTREXATUM** | C10.4 | SZCZELINA SKRZELOWA |
| 58. | **METHOTREXATUM** | C10.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 59. | **METHOTREXATUM** | C10.9 | CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |
| 60. | **METHOTREXATUM** | C11 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX) |
| 61. | **METHOTREXATUM** | C11.0 | ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 62. | **METHOTREXATUM** | C11.1 | ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 63. | **METHOTREXATUM** | C11.2 | ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 64. | **METHOTREXATUM** | C11.3 | ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 65. | **METHOTREXATUM** | C11.8 | ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (PATRZ ) |
| 66. | **METHOTREXATUM** | C11.9 | CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |
| 67. | **METHOTREXATUM** | C12 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZACHYŁKA GRUSZKOWATEGO |
| 68. | **METHOTREXATUM** | C13 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX) |
| 69. | **METHOTREXATUM** | C13.0 | OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ |
| 70. | **METHOTREXATUM** | C13.1 | FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 71. | **METHOTREXATUM** | C13.2 | TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA |
| 72. | **METHOTREXATUM** | C13.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA |
| 73. | **METHOTREXATUM** | C13.9 | CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |
| 74. | **METHOTREXATUM** | C14 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYMI O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA |
| 75. | **METHOTREXATUM** | C14.2 | PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA |
| 76. | **METHOTREXATUM** | C14.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA |
| 77. | **METHOTREXATUM** | C30 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO |
| 78. | **METHOTREXATUM** | C30.0 | JAMA NOSOWA |
| 79. | **METHOTREXATUM** | C30.1 | UCHO ŚRODKOWE |
| 80. | **METHOTREXATUM** | C31 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH |
| 81. | **METHOTREXATUM** | C31.0 | ZATOKA SZCZĘKOWA |
| 82. | **METHOTREXATUM** | C31.1 | KOMÓRKI SITOWE |
| 83. | **METHOTREXATUM** | C31.2 | ZATOKA CZOŁOWA |
| 84. | **METHOTREXATUM** | C31.3 | ZATOKA KLINOWA |
| 85. | **METHOTREXATUM** | C31.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH |
| 86. | **METHOTREXATUM** | C31.9 | ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA |
| 87. | **METHOTREXATUM** | C32 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KRTANI |
| 88. | **METHOTREXATUM** | C32.0 | GŁOŚNIA |
| 89. | **METHOTREXATUM** | C32.1 | NAGŁOŚNIA |
| 90. | **METHOTREXATUM** | C32.2 | JAMA PODGŁOŚNIOWA |
| 91. | **METHOTREXATUM** | C32.3 | CHRZĄSTKI KRTANI |
| 92. | **METHOTREXATUM** | C32.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KRTANI |
| 93. | **METHOTREXATUM** | C32.9 | KRTAŃ, NIEOKREŚLONA |
| 94. | **METHOTREXATUM** | C34 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA |
| 95. | **METHOTREXATUM** | C34.0 | OSKRZELE GŁÓWNE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 96. | **METHOTREXATUM** | C34.1 | PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE |
| 97. | **METHOTREXATUM** | C34.2 | PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE |
| 98. | **METHOTREXATUM** | C34.3 | PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE |
| 99. | **METHOTREXATUM** | C34.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA |
| 100. | **METHOTREXATUM** | C34.9 | OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE |
| 101. | **METHOTREXATUM** | C38 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ |
| 102. | **METHOTREXATUM** | C38.0 | SERCE |
| 103. | **METHOTREXATUM** | C38.1 | SRÓDPIERSIE PRZEDNIE |
| 104. | **METHOTREXATUM** | C38.2 | SRÓDPIERSIE TYLNE |
| 105. | **METHOTREXATUM** | C38.3 | SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 106. | **METHOTREXATUM** | C38.4 | OPŁUCNA |
| 107. | **METHOTREXATUM** | C38.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ |
| 108. | **METHOTREXATUM** | C39 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ |
| 109. | **METHOTREXATUM** | C39.0 | GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 110. | **METHOTREXATUM** | C39.8 | ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ |
| 111. | **METHOTREXATUM** | C39.9 | NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO |
| 112. | **METHOTREXATUM** | C40 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN |
| 113. | **METHOTREXATUM** | C40.0 | ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 114. | **METHOTREXATUM** | C40.1 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 115. | **METHOTREXATUM** | C40.2 | KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ |
| 116. | **METHOTREXATUM** | C40.3 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ |
| 117. | **METHOTREXATUM** | C40.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN |
| 118. | **METHOTREXATUM** | C40.9 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE |
| 119. | **METHOTREXATUM** | C41 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 120. | **METHOTREXATUM** | C41.0 | KOŚCI CZASZKI I TWARZY |
| 121. | **METHOTREXATUM** | C41.1 | ŻUCHWA |
| 122. | **METHOTREXATUM** | C41.2 | KOŚCI KRĘGOSŁUPA |
| 123. | **METHOTREXATUM** | C41.3 | KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA |
| 124. | **METHOTREXATUM** | C41.4 | KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA |
| 125. | **METHOTREXATUM** | C41.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ |
| 126. | **METHOTREXATUM** | C41.9 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE |
| 127. | **METHOTREXATUM** | C44 | INNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE SKÓRY |
| 128. | **METHOTREXATUM** | C44.0 | SKÓRA WARGI |
| 129. | **METHOTREXATUM** | C44.1 | SKÓRA POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA |
| 130. | **METHOTREXATUM** | C44.2 | SKÓRA UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO |
| 131. | **METHOTREXATUM** | C44.3 | SKÓRA INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY |
| 132. | **METHOTREXATUM** | C44.4 | SKÓRA OWŁOSIONA GŁOWY I SZYI |
| 133. | **METHOTREXATUM** | C44.5 | SKÓRA TUŁOWIA |
| 134. | **METHOTREXATUM** | C44.6 | SKÓRA KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 135. | **METHOTREXATUM** | C44.7 | SKÓRA KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 136. | **METHOTREXATUM** | C44.8 | ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE OKREŚLONE KODAMI |
| 137. | **METHOTREXATUM** | C44.9 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY |
| 138. | **METHOTREXATUM** | C48 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ |
| 139. | **METHOTREXATUM** | C48.0 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA |
| 140. | **METHOTREXATUM** | C48.1 | OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ |
| 141. | **METHOTREXATUM** | C48.2 | OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA |
| 142. | **METHOTREXATUM** | C48.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ |
| 143. | **METHOTREXATUM** | C49 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH |
| 144. | **METHOTREXATUM** | C49.0 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 145. | **METHOTREXATUM** | C49.1 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 146. | **METHOTREXATUM** | C49.2 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 147. | **METHOTREXATUM** | C49.3 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ |
| 148. | **METHOTREXATUM** | C49.4 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA |
| 149. | **METHOTREXATUM** | C49.5 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY |
| 150. | **METHOTREXATUM** | C49.6 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA |
| 151. | **METHOTREXATUM** | C49.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ |
| 152. | **METHOTREXATUM** | C49.9 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE |
| 153. | **METHOTREXATUM** | C50 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA |
| 154. | **METHOTREXATUM** | C50.0 | BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ |
| 155. | **METHOTREXATUM** | C50.1 | CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA |
| 156. | **METHOTREXATUM** | C50.2 | ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA |
| 157. | **METHOTREXATUM** | C50.3 | ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA |
| 158. | **METHOTREXATUM** | C50.4 | ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 159. | **METHOTREXATUM** | C50.5 | ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 160. | **METHOTREXATUM** | C50.6 | CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA |
| 161. | **METHOTREXATUM** | C50.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA |
| 162. | **METHOTREXATUM** | C50.9 | SUTEK, NIEOKREŚLONY |
| 163. | **METHOTREXATUM** | C56 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA |
| 164. | **METHOTREXATUM** | C57 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 165. | **METHOTREXATUM** | C57.0 | TRĄBKA FALLOPIA |
| 166. | **METHOTREXATUM** | C57.1 | WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY |
| 167. | **METHOTREXATUM** | C57.2 | WIĘZADŁO OBŁE MACICY |
| 168. | **METHOTREXATUM** | C57.3 | PRZYMACICZA |
| 169. | **METHOTREXATUM** | C57.4 | PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 170. | **METHOTREXATUM** | C57.7 | INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 171. | **METHOTREXATUM** | C57.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 172. | **METHOTREXATUM** | C57.9 | ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 173. | **METHOTREXATUM** | C58 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA |
| 174. | **METHOTREXATUM** | C60 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA |
| 175. | **METHOTREXATUM** | C60.0 | NAPLETEK |
| 176. | **METHOTREXATUM** | C60.1 | ŻOŁĄDŹ PRĄCIA |
| 177. | **METHOTREXATUM** | C60.2 | TRZON PRĄCIA |
| 178. | **METHOTREXATUM** | C60.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA |
| 179. | **METHOTREXATUM** | C60.9 | PRĄCIE, NIEOKREŚLONE |
| 180. | **METHOTREXATUM** | C62 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA |
| 181. | **METHOTREXATUM** | C62.0 | JĄDRO NIEZSTĄPIONE |
| 182. | **METHOTREXATUM** | C62.1 | JĄDRO ZSTĄPIONE |
| 183. | **METHOTREXATUM** | C62.9 | JĄDRO, NIEOKREŚLONE |
| 184. | **METHOTREXATUM** | C63 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 185. | **METHOTREXATUM** | C63.0 | NAJĄDRZE |
| 186. | **METHOTREXATUM** | C63.1 | POWRÓZEK NASIENNY |
| 187. | **METHOTREXATUM** | C63.2 | MOSZNA |
| 188. | **METHOTREXATUM** | C63.7 | INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE |
| 189. | **METHOTREXATUM** | C63.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 190. | **METHOTREXATUM** | C63.9 | MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 191. | **METHOTREXATUM** | C66 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU |
| 192. | **METHOTREXATUM** | C67 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 193. | **METHOTREXATUM** | C67.0 | TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 194. | **METHOTREXATUM** | C67.1 | SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 195. | **METHOTREXATUM** | C67.2 | ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 196. | **METHOTREXATUM** | C67.3 | ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 197. | **METHOTREXATUM** | C67.4 | ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 198. | **METHOTREXATUM** | C67.5 | SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 199. | **METHOTREXATUM** | C67.6 | UJŚCIE MOCZOWODU |
| 200. | **METHOTREXATUM** | C67.7 | MOCZOWNIK |
| 201. | **METHOTREXATUM** | C67.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 202. | **METHOTREXATUM** | C67.9 | PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY |
| 203. | **METHOTREXATUM** | C71.0 | MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR |
| 204. | **METHOTREXATUM** | C71.1 | PŁAT CZOŁOWY |
| 205. | **METHOTREXATUM** | C71.2 | PŁAT SKRONIOWY |
| 206. | **METHOTREXATUM** | C71.3 | PŁAT CIEMIENOWY |
| 207. | **METHOTREXATUM** | C71.4 | PŁAT POTYLICZNY |
| 208. | **METHOTREXATUM** | C71.5 | KOMORY MÓZGOWE |
| 209. | **METHOTREXATUM** | C71.6 | MÓŻDŻEK |
| 210. | **METHOTREXATUM** | C71.7 | PIEŃ MÓZGU |
| 211. | **METHOTREXATUM** | C71.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU |
| 212. | **METHOTREXATUM** | C71.9 | MÓZG, NIEOKREŚLONY |
| 213. | **METHOTREXATUM** | C72 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 214. | **METHOTREXATUM** | C72.0 | RDZEŃ KRĘGOWY |
| 215. | **METHOTREXATUM** | C72.1 | OGON KOŃSKI |
| 216. | **METHOTREXATUM** | C72.2 | NERW WĘCHOWY |
| 217. | **METHOTREXATUM** | C72.3 | NERW WZROKOWY |
| 218. | **METHOTREXATUM** | C72.4 | NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY |
| 219. | **METHOTREXATUM** | C72.5 | INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 220. | **METHOTREXATUM** | C72.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 221. | **METHOTREXATUM** | C72.9 | CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE |
| 222. | **METHOTREXATUM** | C76 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH |
| 223. | **METHOTREXATUM** | C76.0 | GŁOWA, TWARZ I SZYJA |
| 224. | **METHOTREXATUM** | C76.1 | KLATKA PIERSIOWA |
| 225. | **METHOTREXATUM** | C76.2 | BRZUCH |
| 226. | **METHOTREXATUM** | C76.3 | MIEDNICA |
| 227. | **METHOTREXATUM** | C76.4 | KOŃCZYNA GÓRNA |
| 228. | **METHOTREXATUM** | C76.5 | KOŃCZYNA DOLNA |
| 229. | **METHOTREXATUM** | C76.7 | INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE |
| 230. | **METHOTREXATUM** | C76.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 231. | **METHOTREXATUM** | C79 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 232. | **METHOTREXATUM** | C79.0 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ |
| 233. | **METHOTREXATUM** | C79.1 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO |
| 234. | **METHOTREXATUM** | C79.2 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY |
| 235. | **METHOTREXATUM** | C79.3 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH |
| 236. | **METHOTREXATUM** | C79.4 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO |
| 237. | **METHOTREXATUM** | C79.5 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO |
| 238. | **METHOTREXATUM** | C79.6 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA |
| 239. | **METHOTREXATUM** | C79.7 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY |
| 240. | **METHOTREXATUM** | C79.8 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 241. | **METHOTREXATUM** | C80 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA |
| 242. | **METHOTREXATUM** | C81 | CHOROBA HODGKINA |
| 243. | **METHOTREXATUM** | C81.0 | PRZEWAGA LIMFOCYTÓW |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 244. | **METHOTREXATUM** | C81.1 | STWARDNIENIE GUZKOWE |
| 245. | **METHOTREXATUM** | C81.2 | MIESZANOKOMÓRKOWA |
| 246. | **METHOTREXATUM** | C81.3 | ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW |
| 247. | **METHOTREXATUM** | C81.7 | INNA CHOROBA HODGKINA |
| 248. | **METHOTREXATUM** | C81.9 | CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA |
| 249. | **METHOTREXATUM** | C82 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY) |
| 250. | **METHOTREXATUM** | C82.0 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY |
| 251. | **METHOTREXATUM** | C82.1 | MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY |
| 252. | **METHOTREXATUM** | C82.2 | WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY |
| 253. | **METHOTREXATUM** | C82.7 | INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO |
| 254. | **METHOTREXATUM** | C82.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 255. | **METHOTREXATUM** | C83 | CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE |
| 256. | **METHOTREXATUM** | C83.0 | Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 257. | **METHOTREXATUM** | C83.1 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY) |
| 258. | **METHOTREXATUM** | C83.2 | MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 259. | **METHOTREXATUM** | C83.3 | WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY) |
| 260. | **METHOTREXATUM** | C83.4 | IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 261. | **METHOTREXATUM** | C83.5 | LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 262. | **METHOTREXATUM** | C83.6 | NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY) |
| 263. | **METHOTREXATUM** | C83.7 | GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA |
| 264. | **METHOTREXATUM** | C83.8 | INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 265. | **METHOTREXATUM** | C83.9 | ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 266. | **METHOTREXATUM** | C84 | OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 267. | **METHOTREXATUM** | C84.0 | ZIARNINIAK GRZYBIASTY |
| 268. | **METHOTREXATUM** | C84.1 | CHOROBA SEZARY' EGO |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 269. | **METHOTREXATUM** | C84.2 | CHŁONIAK STREFY T |
| 270. | **METHOTREXATUM** | C84.3 | CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY |
| 271. | **METHOTREXATUM** | C84.4 | OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 272. | **METHOTREXATUM** | C84.5 | INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T |
| 273. | **METHOTREXATUM** | C85 | INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 274. | **METHOTREXATUM** | C85.0 | MIĘSAK LIMFATYCZNY |
| 275. | **METHOTREXATUM** | C85.1 | CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY |
| 276. | **METHOTREXATUM** | C85.7 | INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO |
| 277. | **METHOTREXATUM** | C85.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 278. | **METHOTREXATUM** | C88 | ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE |
| 279. | **METHOTREXATUM** | C88.0 | MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA |
| 280. | **METHOTREXATUM** | C88.1 | CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA |
| 281. | **METHOTREXATUM** | C88.2 | CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA |
| 282. | **METHOTREXATUM** | C88.3 | CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO |
| 283. | **METHOTREXATUM** | C88.7 | INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE |
| 284. | **METHOTREXATUM** | C88.9 | ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE |
| 285. | **METHOTREXATUM** | C90.1 | BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA |
| 286. | **METHOTREXATUM** | C91 | BIAŁACZKA LIMFATYCZNA |
| 287. | **METHOTREXATUM** | C91.0 | OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA |
| 288. | **METHOTREXATUM** | C91.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA |
| 289. | **METHOTREXATUM** | C91.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA |
| 290. | **METHOTREXATUM** | C91.3 | BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA |
| 291. | **METHOTREXATUM** | C91.4 | BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL) |
| 292. | **METHOTREXATUM** | C91.5 | BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T |
| 293. | **METHOTREXATUM** | C91.7 | INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA |
| 294. | **METHOTREXATUM** | C91.9 | BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 295. | **METHOTREXATUM** | C92 | BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 296. | **METHOTREXATUM** | C92.0 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 297. | **METHOTREXATUM** | C92.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 298. | **METHOTREXATUM** | C92.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 299. | **METHOTREXATUM** | C92.3 | MIĘSAK SZPIKOWY |
| 300. | **METHOTREXATUM** | C92.4 | OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA |
| 301. | **METHOTREXATUM** | C92.5 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA |
| 302. | **METHOTREXATUM** | C92.7 | INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 303. | **METHOTREXATUM** | C92.9 | BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA |
| 304. | **METHOTREXATUM** | C93 | BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 305. | **METHOTREXATUM** | C93.0 | OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 306. | **METHOTREXATUM** | C93.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 307. | **METHOTREXATUM** | C93.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 308. | **METHOTREXATUM** | C93.7 | INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 309. | **METHOTREXATUM** | C93.9 | BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA |
| 310. | **METHOTREXATUM** | C94 | INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU |
| 311. | **METHOTREXATUM** | C94.0 | OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA) |
| 312. | **METHOTREXATUM** | C94.1 | PRZEWLEKŁA CZERWIENICA |
| 313. | **METHOTREXATUM** | C94.2 | OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA |
| 314. | **METHOTREXATUM** | C94.3 | BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH |
| 315. | **METHOTREXATUM** | C94.4 | OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA |
| 316. | **METHOTREXATUM** | C94.5 | OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU |
| 317. | **METHOTREXATUM** | C94.7 | INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA |
| 318. | **METHOTREXATUM** | C95 | BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 319. | **METHOTREXATUM** | C95.0 | OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 320. | **METHOTREXATUM** | C95.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 321. | **METHOTREXATUM** | C95.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 322. | **METHOTREXATUM** | C95.7 | INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 323. | **METHOTREXATUM** | C95.9 | BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA |
| 324. | **METHOTREXATUM** | C96 | INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH |
| 325. | **METHOTREXATUM** | C96.0 | CHOROBA LETTERERA-SIWEGO |
| 326. | **METHOTREXATUM** | C96.1 | HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA |
| 327. | **METHOTREXATUM** | C96.2 | GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH |
| 328. | **METHOTREXATUM** | C96.3 | PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY |
| 329. | **METHOTREXATUM** | C96.7 | INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH |
| 330. | **METHOTREXATUM** | C96.9 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE |
| 331. | **METHOTREXATUM** | C97 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ |
| 332. | **METHOTREXATUM** | D21 | INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH |
| 333. | **METHOTREXATUM** | D21.0 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI |
| 334. | **METHOTREXATUM** | D21.1 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 335. | **METHOTREXATUM** | D21.2 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 336. | **METHOTREXATUM** | D21.3 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ |
| 337. | **METHOTREXATUM** | D21.4 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA |
| 338. | **METHOTREXATUM** | D21.5 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY |
| 339. | **METHOTREXATUM** | D21.6 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE |
| 340. | **METHOTREXATUM** | D21.9 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE |
| 341. | **METHOTREXATUM** | D38.3 | ŚRÓDPIERSIE |
| 342. | **METHOTREXATUM** | D38.4 | GRASICA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 343. | **METHOTREXATUM** | D38.5 | INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO |
| 344. | **METHOTREXATUM** | D38.6 | UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY |
| 345. | **METHOTREXATUM** | D39 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 346. | **METHOTREXATUM** | D39.0 | MACICA |
| 347. | **METHOTREXATUM** | D39.1 | JAJNIK |
| 348. | **METHOTREXATUM** | D39.2 | CIĄŻOWA CHOROBA TROFOBLASTYCZNA |
| 349. | **METHOTREXATUM** | D39.7 | INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 350. | **METHOTREXATUM** | D39.9 | ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 351. | **METHOTREXATUM** | D40 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 352. | **METHOTREXATUM** | D40.0 | GRUCZOŁ KROKOWY |
| 353. | **METHOTREXATUM** | D40.1 | JĄDRO |
| 354. | **METHOTREXATUM** | D40.7 | INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 355. | **METHOTREXATUM** | D40.9 | MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 356. | **METHOTREXATUM** | D42 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON |
| 357. | **METHOTREXATUM** | D42.0 | OPONY MÓZGOWE |
| 358. | **METHOTREXATUM** | D42.1 | OPONY RDZENIOWE |
| 359. | **METHOTREXATUM** | D42.9 | OPONY, NIEOKREŚLONE |
| 360. | **METHOTREXATUM** | D43 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 361. | **METHOTREXATUM** | D43.0 | MÓZG, NADNAMIOTOWE |
| 362. | **METHOTREXATUM** | D43.1 | MÓZG, PODNAMIOTOWE |
| 363. | **METHOTREXATUM** | D43.2 | MÓZG, NIEOKREŚLONY |
| 364. | **METHOTREXATUM** | D43.3 | NERWY CZASZKOWE |
| 365. | **METHOTREXATUM** | D43.4 | RDZEŃ KRĘGOWY |
| 366. | **METHOTREXATUM** | D43.7 | INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 367. | **METHOTREXATUM** | D43.9 | CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 368. | **METHOTREXATUM** | D44.4 | PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY |
| 369. | **METHOTREXATUM** | D44.5 | SZYSZYNKA |
| 370. | **METHOTREXATUM** | D44.6 | KŁĘBEK SZYJNY |
| 371. | **METHOTREXATUM** | D46 | ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE |
| 372. | **METHOTREXATUM** | D46.0 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW |
| 373. | **METHOTREXATUM** | D46.1 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI |
| 374. | **METHOTREXATUM** | D46.2 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW |
| 375. | **METHOTREXATUM** | D46.3 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ |
| 376. | **METHOTREXATUM** | D46.4 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA |
| 377. | **METHOTREXATUM** | D46.7 | INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE |
| 378. | **METHOTREXATUM** | D46.9 | ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY |
| 379. | **METHOTREXATUM** | D48 | NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 380. | **METHOTREXATUM** | D48.0 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE |
| 381. | **METHOTREXATUM** | D48.1 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE |
| 382. | **METHOTREXATUM** | D48.2 | NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY |
| 383. | **METHOTREXATUM** | D48.3 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA |
| 384. | **METHOTREXATUM** | D48.4 | OTRZEWNA |
| 385. | **METHOTREXATUM** | D48.5 | SKÓRA |
| 386. | **METHOTREXATUM** | D48.6 | SUTEK |
| 387. | **METHOTREXATUM** | D48.7 | INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE |
| 388. | **METHOTREXATUM** | D48.9 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY |
| 389. | **METHOTREXATUM** | D76.0 | HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ |
| 390. | **METHOTREXATUM** | D76.1 | LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ |
| 391. | **METHOTREXATUM** | D76.2 | ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM |
| 392. | **METHOTREXATUM** | O01 | ZAŚNIAD GRONIASTY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 393. | **METHOTREXATUM** | O01.0 | KLASYCZNY ZAŚNIAD GRONIASTY |
| 394. | **METHOTREXATUM** | O01.1 | NIEZUPEŁNY LUB CZĘŚCIOWY ZAŚNIAD GRONIASTY |
| 395. | **METHOTREXATUM** | O01.9 | ZAŚNIAD GRONIASTY NIEOKREŚLONY |
| 396. | **METHOTREXATUM** | E85 | AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/ |
| 397. | **METHOTREXATUM** | E85.0 | SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE,POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA |
| 398. | **METHOTREXATUM** | E85.1 | SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA,POSTAĆ NEUROPATYCZNA |
| 399. | **METHOTREXATUM** | E85.2 | SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA |
| 400. | **METHOTREXATUM** | E85.3 | WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE |
| 401. | **METHOTREXATUM** | E85.4 | ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH |
| 402. | **METHOTREXATUM** | E85.8 | INNE AMYLOIDOZY |
| 403. | **METHOTREXATUM** | E85.9 | AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA |

Załącznik C.43.

## MITOTANUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1. | **MITOTANUM** | C74 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY |
| 2. | **MITOTANUM** | C74.0 | KORA NADNERCZY |
| 3. | **MITOTANUM** | C74.1 | RDZEŃ NADNERCZY |
| 4. | **MITOTANUM** | C74.9 | NADNERCZE, NIEOKREŚLONE |
| 5. | **MITOTANUM** | C75 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH |
| 6. | **MITOTANUM** | C75.0 | GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY |
| 7. | **MITOTANUM** | C75.1 | PRZYSADKA GRUCZOŁOWA |
| 8. | **MITOTANUM** | C75.2 | PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY |
| 9. | **MITOTANUM** | C75.3 | SZYSZYNKA |
| 10. | **MITOTANUM** | C75.4 | KŁĘBEK SZYJNY |
| 11. | **MITOTANUM** | C75.5 | CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE |
| 12. | **MITOTANUM** | C75.8 | ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE |
| 13. | **MITOTANUM** | C75.9 | GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY |

Załącznik C.45.a.

**OCTREOTIDUM**

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1. | **OCTREOTIDUM** | C16 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA |
| 2. | **OCTREOTIDUM** | C16.0 | WPUST |
| 3. | **OCTREOTIDUM** | C16.1 | DNO ŻOŁĄDKA |
| 4. | **OCTREOTIDUM** | C16.2 | TRZON ŻOŁĄDKA |
| 5. | **OCTREOTIDUM** | C16.3 | UJŚCIE ODŹWIERNIKA |
| 6. | **OCTREOTIDUM** | C16.4 | ODŹWIERNIK |
| 7. | **OCTREOTIDUM** | C16.5 | KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA |
| 8. | **OCTREOTIDUM** | C16.6 | KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA |
| 9. | **OCTREOTIDUM** | C16.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA |
| 10. | **OCTREOTIDUM** | C16.9 | ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY |
| 11. | **OCTREOTIDUM** | C17 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO |
| 12. | **OCTREOTIDUM** | C17.0 | DWUNASTNICA |
| 13. | **OCTREOTIDUM** | C17.1 | JELITO CZCZE |
| 14. | **OCTREOTIDUM** | C17.2 | JELITO KRĘTE |
| 15. | **OCTREOTIDUM** | C17.3 | UCHYŁEK MECKELA |
| 16. | **OCTREOTIDUM** | C17.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO |
| 17. | **OCTREOTIDUM** | C17.9 | JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE |
| 18. | **OCTREOTIDUM** | C18 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO |
| 19. | **OCTREOTIDUM** | C18.0 | JELITO ŚLEPE |
| 20. | **OCTREOTIDUM** | C18.1 | WYROSTEK ROBACZKOWY |
| 21. | **OCTREOTIDUM** | C18.2 | OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA |
| 22. | **OCTREOTIDUM** | C18.3 | ZGIĘCIE WĄTROBOWE |
| 23. | **OCTREOTIDUM** | C18.4 | OKRĘŻNICA POPRZECZNA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 24. | **OCTREOTIDUM** | C18.5 | ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE |
| 25. | **OCTREOTIDUM** | C18.6 | OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA |
| 26. | **OCTREOTIDUM** | C18.7 | ESICA |
| 27. | **OCTREOTIDUM** | C18.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY |
| 28. | **OCTREOTIDUM** | C18.9 | OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA |
| 29. | **OCTREOTIDUM** | C19 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO |
| 30. | **OCTREOTIDUM** | C20 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY |
| 31. | **OCTREOTIDUM** | C25 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI |
| 32. | **OCTREOTIDUM** | C25.0 | GŁOWA TRZUSTKI |
| 33. | **OCTREOTIDUM** | C25.1 | TRZON TRZUSTKI |
| 34. | **OCTREOTIDUM** | C25.2 | OGON TRZUSTKI |
| 35. | **OCTREOTIDUM** | C25.3 | PRZEWÓD TRZUSTKOWY |
| 36. | **OCTREOTIDUM** | C25.4 | CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI |
| 37. | **OCTREOTIDUM** | C25.7 | INNA CZĘŚC TRZUSTKI |
| 38. | **OCTREOTIDUM** | C25.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI |
| 39. | **OCTREOTIDUM** | C25.9 | TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA |
| 40. | **OCTREOTIDUM** | C26 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH |
| 41. | **OCTREOTIDUM** | C26.0 | PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 42. | **OCTREOTIDUM** | C26.1 | ŚLEDZIONA |
| 43. | **OCTREOTIDUM** | C26.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH |
| 44. | **OCTREOTIDUM** | C26.9 | CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA |
| 45. | **OCTREOTIDUM** | C34 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA |
| 46. | **OCTREOTIDUM** | C34.0 | OSKRZELE GŁÓWNE |
| 47. | **OCTREOTIDUM** | C34.1 | PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE |
| 48. | **OCTREOTIDUM** | C34.2 | PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE |
| 49. | **OCTREOTIDUM** | C34.3 | PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE |
| 50. | **OCTREOTIDUM** | C34.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 51. | **OCTREOTIDUM** | C34.9 | OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE |
| 52. | **OCTREOTIDUM** | C75 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH |
| 53. | **OCTREOTIDUM** | C75.0 | GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY |
| 54. | **OCTREOTIDUM** | C75.1 | PRZYSADKA GRUCZOŁOWA |
| 55. | **OCTREOTIDUM** | C75.2 | PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY |
| 56. | **OCTREOTIDUM** | C75.3 | SZYSZYNKA |
| 57. | **OCTREOTIDUM** | C75.4 | KŁĘBEK SZYJNY |
| 58. | **OCTREOTIDUM** | C75.5 | CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE |
| 59. | **OCTREOTIDUM** | C75.8 | ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE |
| 60. | **OCTREOTIDUM** | C75.9 | GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY |
| 61. | **OCTREOTIDUM** | C80 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA |
| 62. | **OCTREOTIDUM** | E34.0 | ZESPÓŁ RAKOWIAKA |
| 63. | **OCTREOTIDUM** | E34.1 | INNE NADMIERNE WYDZIELANIE HORMONÓW POCHODZENIA JELITOWEGO |
| 64. | **OCTREOTIDUM** | E34.2 | EKTOPOWE WYDZIELANIE HORMONÓW, GDZIE INDZIEJ NIESKLASYFIKOWANE |
| 65. | **OCTREOTIDUM** | E34.8 | INNE OKRESLONE ZABURZENIA WEWNĄTRZWYDZIELNICZE<br>*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)<br>w przypadku<br>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<br>*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<br>*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<br>*w przypadku leczenia pacjentów dorosłych z rozpoznaniem:*<br>*1) gruczolakoraka płuca lub*<br>*2) wielkokomórkowego raka płuca, lub*<br>*3) niedrobnokomórkowego raka płuca z przewagą wymienionych typów histologicznych* |
| 2. | **PEMETREKSED** | C45 | MIĘDZYBŁONIAK |

Załącznik C.51.

**RITUXIMABUM**

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1. | **RITUXIMABUM** | C81.0 | CHOROBA HODGKINA, PRZEWAGA LIMFOCYTÓW |
| 2. | **RITUXIMABUM** | C82.0 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY) Z MAŁYCH KOMÓREK Z WPUKLONYM JĄDREM |
| 3. | **RITUXIMABUM** | C82.1 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY) MIESZANY Z MAŁYCH KOMÓREK Z WPUKLONYM JĄDREM I Z DUŻYCH KOMÓREK |
| 4. | **RITUXIMABUM** | C82.7 | INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO (GRUDKOWEGO) |
| 5. | **RITUXIMABUM** | C82.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY), NIEOKREŚLONY |
| 6. | **RITUXIMABUM** | C83.0 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY Z MAŁYCH KOMÓREK |
| 7. | **RITUXIMABUM** | C83.1 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY Z MAŁYCH KOMÓREK Z WPUKLONYM JĄDREM |
| 8. | **RITUXIMABUM** | C83.2 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY MIESZANY Z MAŁYCH I DUŻYCH KOMÓREK |
| 9. | **RITUXIMABUM** | C83.3 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY WIELKOKOMÓRKOWY |
| 10. | **RITUXIMABUM** | C83.4 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY IMMUNOBLASTYCZNY |
| 11. | **RITUXIMABUM** | C83.5 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY LIMFOBLASTYCZNY |
| 12. | **RITUXIMABUM** | C83.6 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY NIEZRÓŻNICOWANY |
| 13. | **RITUXIMABUM** | C83.7 | GUZ BURKITTA |
| 14. | **RITUXIMABUM** | C83.8 | INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 15. | **RITUXIMABUM** | C83.9 | ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 16. | **RITUXIMABUM** | C85.0 | MIĘSAK LIMFATYCZNY |
| 17. | **RITUXIMABUM** | C85.1 | CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY |
| 18. | **RITUXIMABUM** | C85.7 | INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO |
| 19. | **RITUXIMABUM** | C85.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 20. | **RITUXIMABUM** | C88.0 | MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA |
| 21. | **RITUXIMABUM** | C88.1 | CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 22. | **RITUXIMABUM** | C88.2 | CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA |
| 23. | **RITUXIMABUM** | C88.3 | CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO |
| 24. | **RITUXIMABUM** | C88.7 | INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE |
| 25. | **RITUXIMABUM** | C88.9 | ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE |
| 26. | **RITUXIMABUM** | C91.0 | OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA |
| 27. | **RITUXIMABUM** | C91.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA |
| 28. | **RITUXIMABUM** | C91.3 | BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA |
| 29. | **RITUXIMABUM** | C91.4 | BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL) |
| 30. | **RITUXIMABUM** | C91.7 | INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA |
| 31. | **RITUXIMABUM** | C91.9 | BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA |

Załącznik C.52.

**TAMOXIFENUM**

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1. | **TAMOXIFENUM** | C43 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY |
| 2. | **TAMOXIFENUM** | C43.0 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI |
| 3. | **TAMOXIFENUM** | C43.1 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA |
| 4. | **TAMOXIFENUM** | C43.2 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO |
| 5. | **TAMOXIFENUM** | C43.3 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY |
| 6. | **TAMOXIFENUM** | C43.4 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI |
| 7. | **TAMOXIFENUM** | C43.5 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA |
| 8. | **TAMOXIFENUM** | C43.6 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 9. | **TAMOXIFENUM** | C43.7 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 10. | **TAMOXIFENUM** | C43.8 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE |
| 11. | **TAMOXIFENUM** | C43.9 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY |
| 12. | **TAMOXIFENUM** | C49 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH |
| 13. | **TAMOXIFENUM** | C49.0 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI |
| 14. | **TAMOXIFENUM** | C49.1 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 15. | **TAMOXIFENUM** | C49.2 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 16. | **TAMOXIFENUM** | C49.3 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ |
| 17. | **TAMOXIFENUM** | C49.4 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA |
| 18. | **TAMOXIFENUM** | C49.5 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 19. | **TAMOXIFENUM** | C49.6 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA |
| 20. | **TAMOXIFENUM** | C49.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ |
| 21. | **TAMOXIFENUM** | C49.9 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE |
| 22. | **TAMOXIFENUM** | C50 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA |
| 23. | **TAMOXIFENUM** | C50.0 | BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ |
| 24. | **TAMOXIFENUM** | C50.1 | CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA |
| 25. | **TAMOXIFENUM** | C50.2 | ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA |
| 26. | **TAMOXIFENUM** | C50.3 | ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA |
| 27. | **TAMOXIFENUM** | C50.4 | ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 28. | **TAMOXIFENUM** | C50.5 | ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 29. | **TAMOXIFENUM** | C50.6 | CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA |
| 30. | **TAMOXIFENUM** | C50.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA |
| 31. | **TAMOXIFENUM** | C50.9 | SUTEK, NIEOKREŚLONY |
| 32. | **TAMOXIFENUM** | C54 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY |
| 33. | **TAMOXIFENUM** | C54.0 | CIEŚŃ MACICY |
| 34. | **TAMOXIFENUM** | C54.1 | BŁONA ŚLUZOWA MACICY |
| 35. | **TAMOXIFENUM** | C54.2 | MIĘŚNIÓWKA MACICY |
| 36. | **TAMOXIFENUM** | C54.3 | DNO MACICY |
| 37. | **TAMOXIFENUM** | C54.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY |
| 38. | **TAMOXIFENUM** | C54.9 | TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE |
| 39. | **TAMOXIFENUM** | C56 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA |
| 40. | **TAMOXIFENUM** | D03 | CZERNIAK IN SITU |
| 41. | **TAMOXIFENUM** | D03.0 | CZERNIAK IN SITU WARGI |
| 42. | **TAMOXIFENUM** | D03.1 | CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 43. | **TAMOXIFENUM** | D03.2 | CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO |
| 44. | **TAMOXIFENUM** | D03.3 | CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY |
| 45. | **TAMOXIFENUM** | D03.4 | CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI |
| 46. | **TAMOXIFENUM** | D03.5 | CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA |
| 47. | **TAMOXIFENUM** | D03.6 | CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 48. | **TAMOXIFENUM** | D03.7 | CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 49. | **TAMOXIFENUM** | D03.8 | CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 50. | **TAMOXIFENUM** | D03.9 | CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY |
| 51. | **TAMOXIFENUM** | Q85.0 | NERWIAKOWŁÓKNIAKOWATOŚĆ NIEZŁOŚLIWA |
| 52. | **TAMOXIFENUM** | Q85.1 | STWARDNIENIE GUZOWATE |
| 53. | **TAMOXIFENUM** | Q85.8 | INNE FAKOMATOZY NIE SKLASYFIKOWANE GDZIE INDZIEJ |
| 54. | **TAMOXIFENUM** | Q85.9 | FAKOMATOZA, NIEOKREŚLONA |

Załącznik C.56.

**TIOGUANINUM**

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1. | **TIOGUANINUM** | C82 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY) |
| 2. | **TIOGUANINUM** | C82.0 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY |
| 3. | **TIOGUANINUM** | C82.1 | MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY |
| 4. | **TIOGUANINUM** | C82.2 | WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY |
| 5. | **TIOGUANINUM** | C82.7 | INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO |
| 6. | **TIOGUANINUM** | C82.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 7. | **TIOGUANINUM** | C83 | CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE |
| 8. | **TIOGUANINUM** | C83.0 | Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 9. | **TIOGUANINUM** | C83.1 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY) |
| 10. | **TIOGUANINUM** | C83.2 | MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 11. | **TIOGUANINUM** | C83.3 | WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY) |
| 12. | **TIOGUANINUM** | C83.4 | IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 13. | **TIOGUANINUM** | C83.5 | LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 14. | **TIOGUANINUM** | C83.6 | NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY) |
| 15. | **TIOGUANINUM** | C83.7 | GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA |
| 16. | **TIOGUANINUM** | C83.8 | INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 17. | **TIOGUANINUM** | C83.9 | ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 18. | **TIOGUANINUM** | C84 | OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 19. | **TIOGUANINUM** | C84.0 | ZIARNINIAK GRZYBIASTY |
| 20. | **TIOGUANINUM** | C84.1 | CHOROBA SEZARY' EGO |
| 21. | **TIOGUANINUM** | C84.2 | CHŁONIAK STREFY T |
| 22. | **TIOGUANINUM** | C84.3 | CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY |
| 23. | **TIOGUANINUM** | C84.4 | OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 24. | **TIOGUANINUM** | C84.5 | INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T |
| 25. | **TIOGUANINUM** | C85 | INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 26. | **TIOGUANINUM** | C85.0 | MIĘSAK LIMFATYCZNY |
| 27. | **TIOGUANINUM** | C85.1 | CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY |
| 28. | **TIOGUANINUM** | C85.7 | INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO |
| 29. | **TIOGUANINUM** | C85.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 30. | **TIOGUANINUM** | C88 | ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE |
| 31. | **TIOGUANINUM** | C88.0 | MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA |
| 32. | **TIOGUANINUM** | C88.1 | CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA |
| 33. | **TIOGUANINUM** | C88.2 | CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA |
| 34. | **TIOGUANINUM** | C88.3 | CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO |
| 35. | **TIOGUANINUM** | C88.7 | INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE |
| 36. | **TIOGUANINUM** | C88.9 | ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE |
| 37. | **TIOGUANINUM** | C91 | BIAŁACZKA LIMFATYCZNA |
| 38. | **TIOGUANINUM** | C91.0 | OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA |
| 39. | **TIOGUANINUM** | C91.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA |
| 40. | **TIOGUANINUM** | C91.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA |
| 41. | **TIOGUANINUM** | C91.3 | BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA |
| 42. | **TIOGUANINUM** | C91.4 | BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL) |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 43. | **TIOGUANINUM** | C91.5 | BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T |
| 44. | **TIOGUANINUM** | C91.7 | INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA |
| 45. | **TIOGUANINUM** | C91.9 | BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA |
| 46. | **TIOGUANINUM** | C92 | BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 47. | **TIOGUANINUM** | C92.0 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 48. | **TIOGUANINUM** | C92.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 49. | **TIOGUANINUM** | C92.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 50. | **TIOGUANINUM** | C92.3 | MIĘSAK SZPIKOWY |
| 51. | **TIOGUANINUM** | C92.4 | OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA |
| 52. | **TIOGUANINUM** | C92.5 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA |
| 53. | **TIOGUANINUM** | C92.7 | INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 54. | **TIOGUANINUM** | C92.9 | BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA |
| 55. | **TIOGUANINUM** | C93 | BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 56. | **TIOGUANINUM** | C93.0 | OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 57. | **TIOGUANINUM** | C93.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 58. | **TIOGUANINUM** | C93.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 59. | **TIOGUANINUM** | C93.7 | INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 60. | **TIOGUANINUM** | C93.9 | BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA |
| 61. | **TIOGUANINUM** | C94 | INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU |
| 62. | **TIOGUANINUM** | C94.0 | OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA) |
| 63. | **TIOGUANINUM** | C94.1 | PRZEWLEKŁA CZERWIENICA |
| 64. | **TIOGUANINUM** | C94.2 | OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA |
| 65. | **TIOGUANINUM** | C94.3 | BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH |
| 66. | **TIOGUANINUM** | C94.4 | OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 67. | **TIOGUANINUM** | C94.5 | OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU |
| 68. | **TIOGUANINUM** | C94.7 | INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA |
| 69. | **TIOGUANINUM** | C95 | BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 70. | **TIOGUANINUM** | C95.0 | OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 71. | **TIOGUANINUM** | C95.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 72. | **TIOGUANINUM** | C95.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 73. | **TIOGUANINUM** | C95.7 | INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 74. | **TIOGUANINUM** | C95.9 | BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA |
| 75. | **TIOGUANINUM** | C96 | INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH |
| 76. | **TIOGUANINUM** | C96.0 | CHOROBA LETTERERA-SIWEGO |
| 77. | **TIOGUANINUM** | C96.1 | HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA |
| 78. | **TIOGUANINUM** | C96.2 | GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH |
| 79. | **TIOGUANINUM** | C96.3 | PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY |
| 80. | **TIOGUANINUM** | C96.7 | INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH |
| 81. | **TIOGUANINUM** | C96.9 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE |
| 82. | **TIOGUANINUM** | D46.2 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW |

Załącznik C.57.1.

**TOPOTECANUM p.o.**

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1. | **TOPOTECANUM doustnie** | C34 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA |
| 2. | **TOPOTECANUM doustnie** | C34.0 | OSKRZELE GŁÓWNE |
| 3. | **TOPOTECANUM doustnie** | C34.1 | PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE |
| 4. | **TOPOTECANUM doustnie** | C34.2 | PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE |
| 5. | **TOPOTECANUM doustnie** | C34.3 | PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE |
| 6. | **TOPOTECANUM doustnie** | C34.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA |
| 7. | **TOPOTECANUM doustnie** | C34.9 | OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE |
| 8. | **TOPOTECANUM doustnie** | C56 | NOWOTWÓR ZŁOSLIWY JAJNIKA |

Załącznik C.57.2.

**TOPOTECANUM inj.**

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1. | **TOPOTECANUM wstrzyknięcie** | C34 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA |
| 2. | **TOPOTECANUM wstrzyknięcie** | C34.0 | OSKRZELE GŁÓWNE |
| 3. | **TOPOTECANUM wstrzyknięcie** | C34.1 | PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE |
| 4. | **TOPOTECANUM wstrzyknięcie** | C34.2 | PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE |
| 5. | **TOPOTECANUM wstrzyknięcie** | C34.3 | PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE |
| 6. | **TOPOTECANUM wstrzyknięcie** | C34.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA |
| 7. | **TOPOTECANUM wstrzyknięcie** | C34.9 | OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE |
| 8. | **TOPOTECANUM wstrzyknięcie** | C38 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ |
| 9. | **TOPOTECANUM wstrzyknięcie** | C38.0 | SERCE |
| 10. | **TOPOTECANUM wstrzyknięcie** | C38.1 | 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 | ŚRÓDPIERSIE PRZEDNIE |
| 163. | **VINCRISTINUM** | C38.2 | ŚRÓDPIERSIE TYLNE |
| 164. | **VINCRISTINUM** | C38.3 | ŚRÓDPIERSIE, 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<br>w przypadku<br>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<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 2. | **TEMOZOLOMIDUM** | C16.0 | WPUST<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 3. | **TEMOZOLOMIDUM** | C16.1 | DNO ŻOŁĄDKA<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 4. | **TEMOZOLOMIDUM** | C16.2 | TRZON ŻOŁĄDKA<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 5. | **TEMOZOLOMIDUM** | C16.3 | UJŚCIE ODŹWIERNIKA<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 6. | **TEMOZOLOMIDUM** | C16.4 | ODŹWIERNIK<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 7. | **TEMOZOLOMIDUM** | C16.5 | KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKRESLONA<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 8. | **TEMOZOLOMIDUM** | C16.6 | KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 9. | **TEMOZOLOMIDUM** | C16.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 10. | **TEMOZOLOMIDUM** | C16.9 | ŻOŁĄDEK, NIEOKRESLONY<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 11. | **TEMOZOLOMIDUM** | C17 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 12. | **TEMOZOLOMIDUM** | C17.0 | DWUNASTNICA<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 13. | **TEMOZOLOMIDUM** | C17.1 | JELITO CZCZE<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 14. | **TEMOZOLOMIDUM** | C17.2 | JELITO KRĘTE<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 15. | **TEMOZOLOMIDUM** | C17.3 | UCHYŁEK MECKELA<br>*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<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 17. | **TEMOZOLOMIDUM** | C17.9 | JELITO CIENKIE, NIEOKRESLONE<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 18. | **TEMOZOLOMIDUM** | C18 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 19. | **TEMOZOLOMIDUM** | C18.0 | JELITO ŚLEPE<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 20. | **TEMOZOLOMIDUM** | C18.1 | WYROSTEK ROBACZKOWY<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 21. | **TEMOZOLOMIDUM** | C18.2 | OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 22. | **TEMOZOLOMIDUM** | C18.3 | ZGIĘCIE WĄTROBOWE<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 23. | **TEMOZOLOMIDUM** | C18.4 | OKRĘŻNICA POPRZECZNA<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 24. | **TEMOZOLOMIDUM** | C18.5 | ZGIĘCIE SLEDZIONOWE<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 25. | **TEMOZOLOMIDUM** | C18.6 | OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 26. | **TEMOZOLOMIDUM** | C18.7 | ESICA<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 27. | **TEMOZOLOMIDUM** | C18.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 28. | **TEMOZOLOMIDUM** | C18.9 | OKRĘŻNICA, NIEOKRESLONA<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 29. | **TEMOZOLOMIDUM** | C19 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 30. | **TEMOZOLOMIDUM** | C20 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 31. | **TEMOZOLOMIDUM** | C22.0 | RAK KOMÓREK WĄTROBY<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 32. | **TEMOZOLOMIDUM** | C22.1 | RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 33. | **TEMOZOLOMIDUM** | C22.3 | MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY<br>*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<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 36. | **TEMOZOLOMIDUM** | C22.9 | WĄTROBA, NIEOKREŚLONA<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 37. | **TEMOZOLOMIDUM** | C38.0 | SERCE<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 38. | **TEMOZOLOMIDUM** | C38.1 | ŚRÓDPIERSIE PRZEDNIE<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 39. | **TEMOZOLOMIDUM** | C38.2 | ŚRÓDPIERSIE TYLNE<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 40. | **TEMOZOLOMIDUM** | C38.3 | ŚRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 41. | **TEMOZOLOMIDUM** | C38.4 | OPŁUCNA<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 42. | **TEMOZOLOMIDUM** | C40.0 | ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 43. | **TEMOZOLOMIDUM** | C40.1 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 44. | **TEMOZOLOMIDUM** | C40.2 | KOSCI DŁUGIE KONCZYNY DOLNEJ<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 45. | **TEMOZOLOMIDUM** | C40.3 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 46. | **TEMOZOLOMIDUM** | C40.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 47. | **TEMOZOLOMIDUM** | C40.9 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 48. | **TEMOZOLOMIDUM** | C41.0 | KOSCI CZASZKI I TWARZY<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 49. | **TEMOZOLOMIDUM** | C41.1 | ŻUCHWA<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 50. | **TEMOZOLOMIDUM** | C41.2 | KOŚCI KRĘGOSŁUPA<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 51. | **TEMOZOLOMIDUM** | C41.3 | KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 52. | **TEMOZOLOMIDUM** | C41.4 | KOSCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA<br>*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<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 54. | **TEMOZOLOMIDUM** | C41.9 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 55. | **TEMOZOLOMIDUM** | C45.0 | MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 56. | **TEMOZOLOMIDUM** | C45.1 | MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 57. | **TEMOZOLOMIDUM** | C45.2 | MIĘDZYBŁONIAK OSIERDZIA<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 58. | **TEMOZOLOMIDUM** | C45.7 | MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 59. | **TEMOZOLOMIDUM** | C45.9 | MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 60. | **TEMOZOLOMIDUM** | C47.0 | NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 61. | **TEMOZOLOMIDUM** | C47.1 | NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 62. | **TEMOZOLOMIDUM** | C47.3 | NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 63. | **TEMOZOLOMIDUM** | C47.4 | NERWY OBWODOWE BRZUCHA<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 64. | **TEMOZOLOMIDUM** | C47.6 | NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 65. | **TEMOZOLOMIDUM** | C47.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 66. | **TEMOZOLOMIDUM** | C47.9 | NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 67. | **TEMOZOLOMIDUM** | C48.0 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 68. | **TEMOZOLOMIDUM** | C48.1 | OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 69. | **TEMOZOLOMIDUM** | C48.2 | OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 70. | **TEMOZOLOMIDUM** | C48.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ<br>*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<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 72. | **TEMOZOLOMIDUM** | C49.1 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 73. | **TEMOZOLOMIDUM** | C49.2 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 74. | **TEMOZOLOMIDUM** | C49.3 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 75. | **TEMOZOLOMIDUM** | C49.4 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 76. | **TEMOZOLOMIDUM** | C49.5 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 77. | **TEMOZOLOMIDUM** | C49.6 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 78. | **TEMOZOLOMIDUM** | C49.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 79. | **TEMOZOLOMIDUM** | C49.9 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKRESLONE<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 80. | **TEMOZOLOMIDUM** | C63.0 | NAJĄDRZE<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 81. | **TEMOZOLOMIDUM** | C64 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 82. | **TEMOZOLOMIDUM** | C65 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 83. | **TEMOZOLOMIDUM** | C66 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 84. | **TEMOZOLOMIDUM** | C67.0 | TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 85. | **TEMOZOLOMIDUM** | C67.1 | SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 86. | **TEMOZOLOMIDUM** | C67.2 | ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 87. | **TEMOZOLOMIDUM** | C67.3 | ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 88. | **TEMOZOLOMIDUM** | C67.4 | ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO<br>*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<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 91. | **TEMOZOLOMIDUM** | C67.7 | MOCZOWNIK<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 92. | **TEMOZOLOMIDUM** | C67.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 93. | **TEMOZOLOMIDUM** | C67.9 | PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 94. | **TEMOZOLOMIDUM** | C68.0 | CEWKA MOCZOWA<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 95. | **TEMOZOLOMIDUM** | C68.1 | GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 96. | **TEMOZOLOMIDUM** | C68.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 97. | **TEMOZOLOMIDUM** | C68.9 | UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 98. | **TEMOZOLOMIDUM** | C69.2 | SIATKÓWKA<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 99. | **TEMOZOLOMIDUM** | C69.6 | OCZODOŁ<br>*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<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 112. | **TEMOZOLOMIDUM** | C72.2 | NERW WĘCHOWY<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 113. | **TEMOZOLOMIDUM** | C72.3 | NERW WZROKOWY<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 114. | **TEMOZOLOMIDUM** | C72.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 115. | **TEMOZOLOMIDUM** | C72.9 | CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 116. | **TEMOZOLOMIDUM** | C74.0 | KORA NADNERCZY<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 117. | **TEMOZOLOMIDUM** | C74.1 | RDZEŃ NADNERCZY<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 118. | **TEMOZOLOMIDUM** | C74.9 | NADNERCZE, NIEOKREŚLONE<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 119. | **TEMOZOLOMIDUM** | C75.9 | GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY |
| 120. | **TEMOZOLOMIDUM** | C76.0 | GŁOWA, TWARZ I SZYJA<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 121. | **TEMOZOLOMIDUM** | C76.1 | KLATKA PIERSIOWA<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 122. | **TEMOZOLOMIDUM** | C76.2 | BRZUCH<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 123. | **TEMOZOLOMIDUM** | C76.3 | MIEDNICA<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 124. | **TEMOZOLOMIDUM** | C76.4 | KOŃCZYNA GÓRNA<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 125. | **TEMOZOLOMIDUM** | C76.5 | KOŃCZYNA DOLNA<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 126. | **TEMOZOLOMIDUM** | C76.7 | INNE NIEDOKŁADNIE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 127. | **TEMOZOLOMIDUM** | C76.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 128. | **TEMOZOLOMIDUM** | C97 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ<br>*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<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 130. | **TEMOZOLOMIDUM** | D33.1 | MÓZG, PODNAMIOTOWE<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 131. | **TEMOZOLOMIDUM** | D33.2 | MÓZG, NIEOKREŚLONY<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 132. | **TEMOZOLOMIDUM** | D33.4 | RDZEŃ KRĘGOWY<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 133. | **TEMOZOLOMIDUM** | D33.7 | INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 134. | **TEMOZOLOMIDUM** | D33.9 | CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 135. | **TEMOZOLOMIDUM** | D43.0 | MÓZG, NADNAMIOTOWE<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 136. | **TEMOZOLOMIDUM** | D43.1 | MÓZG, PODNAMIOTOWE<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 137. | **TEMOZOLOMIDUM** | D43.2 | MÓZG, NIEOKREŚLONY<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 138. | **TEMOZOLOMIDUM** | D43.3 | NERWY CZASZKOWE<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 139. | **TEMOZOLOMIDUM** | D43.4 | RDZEŃ KRĘGOWY<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 140. | **TEMOZOLOMIDUM** | D43.7 | INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 141. | **TEMOZOLOMIDUM** | D43.9 | CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE<br>*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<br>*w przypadku:*<br>*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<br>*w przypadku:*<br>*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<br>*w przypadku:*<br>*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 ≤ $10x10^3$ / µl), 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<br>*w przypadku:*<br>*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<br>*w trzeciej linii leczenia* |
| 2. | **CLOFARABINUM** | C92.0 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA<br>*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<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.* |
| 2. | **BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM** | C81.0 | PRZEWAGA LIMFOCYTÓW<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.* |
| 3. | **BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM** | C81.1 | STWARDNIENIE GUZKOWE<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.* |
| 4. | **BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM** | C81.2 | MIESZANOKOMÓRKOWA<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.* |
| 5. | **BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM** | C81.3 | ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.* |
| 6. | **BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM** | C81.7 | INNA CHOROBA HODGKINA<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.* |
| 7. | **BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM** | C81.9 | CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.* |
| 8. | **BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM** | C82.0 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY<br>*w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:*<br>*a) oporności na rytuksymab lub*<br>*b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub*<br>*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<br>*w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:*<br>*a) oporności na rytuksymab lub*<br>*b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub*<br>c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.* |
| 10. | **BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM** | C82.7 | INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO<br>*w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:*<br>*a) oporności na rytuksymab lub*<br>*b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub*<br>c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.* |
| 11. | **BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM** | C83.0 | Z MAŁYCH KOMOREK (ROZLANY)<br>*w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:*<br>*a) oporności na rytuksymab lub*<br>*b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub*<br>c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.* |
| 12. | **BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM** | C83.1 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMOREK (ROZLANY)<br>*w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:*<br>*a) oporności na rytuksymab lub*<br>*b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub*<br>c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii*<br>*albo*<br>*w przypadku chłoniaków z komórek płaszcza i wystąpienia:*<br>*a) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub*<br>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)<br>*w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:*<br>*a) oporności na rytuksymab lub*<br>*b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub*<br>c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.* |
| 14. | **BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM** | C83.8 | INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH<br>*w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:*<br>*a) oporności na rytuksymab lub*<br>*b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub*<br>c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.* |
| 15. | **BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM** | C83.9 | ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKRESLONY<br>*w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:*<br>*a) oporności na rytuksymab lub*<br>*b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub*<br>c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.* |
| 16. | **BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM** | C84.2 | CHŁONIAK STREFY T<br>*w przypadku:*<br>*oporności lub wznowy po leczeniu pierwszej linii.* |
| 17. | **BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM** | C84.4 | OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T<br>*w przypadku:*<br>*oporności lub wznowy po leczeniu pierwszej linii.* |
| 18. | **BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM** | C84.5 | INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T<br>*w przypadku:*<br>*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<br>*w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:*<br>*a) oporności na rytuksymab lub*<br>*b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub*<br>c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii*<br>*albo*<br>*w przypadku chłoniaków z komórek płaszcza i wystąpienia:*<br>*a) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub*<br>b) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.* |
| 20. | **BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM** | C85.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY<br>*w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:*<br>*a) oporności na rytuksymab lub*<br>*b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub*<br>c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.* |
| 21. | **BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM** | C88.0 | MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTROMA<br>*w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:*<br>*a) oporności na rytuksymab lub*<br>*b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub*<br>c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.* |
| 22. | **BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM** | C90 | SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH<br>*w drugiej i następnych liniach leczenia.* |
| 23. | **BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM** | C90.0 | SZPICZAK MNOGI<br>*w drugiej i następnych liniach leczenia.* |
| 24. | **BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM** | C90.1 | BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA<br>*w drugiej i następnych liniach leczenia.* |
| 25. | **BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM** | C90.2 | POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA<br>*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<br>*w przypadku:*<br>*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,*<br>*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<br>*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<br>*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<br>*w przypadku*<br>*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<br>*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<br>*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<br>*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<br>*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<br>*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<br>*zgodnie z aktualnymi zaleceniami Polskiej Grupy Szpiczakowej* |
| 4 | **BORTEZOMIBUM** | C90.0 | SZPICZAK MNOGI<br>*zgodnie z aktualnymi zaleceniami Polskiej Grupy Szpiczakowej* |
| 5 | **BORTEZOMIBUM** | C90.1 | BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA<br>*zgodnie z aktualnymi zaleceniami Polskiej Grupy Szpiczakowej* |
| 6 | **BORTEZOMIBUM** | C90.2 | POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA<br>*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<br>*w przypadku:*<br>– *kobiet w ciąży wymagających leczenia cytoredukcyjnego* |
| 2 | **PEGINTERERONUM ALFA-2A** | D45 | CZERWIENICA PRAWDZIWA<br>*w przypadku:*<br>– *pacjentów którzy nie odpowiadają na leczenie hydroksymocznikiem lub mają objawy niepożądane*<br>– *młodych chorych wysokiego ryzyka ze wskazaniami do leczenia cytoredukcyjnego*<br>– *kobiet w ciąży z czerwienicą prawdziwą wymagających leczenia cytoredukcyjnego* |
| 3 | **PEGINTERERONUM ALFA-2A** | D47.1 | PRZEWLEKŁA CHOROBA UKŁADU WYTWÓRCZEGO SZPIKU<br>*w przypadku:*<br>– *pacjentów chorych na pierwotne i wtórne zwłóknienie szpiku, którzy nie odpowiadają na leczenie hydroksymocznikiem lub mają objawy niepożądane*<br>– *chorych na mielofibrozę niskiego ryzyka*<br>– *młodych chorych wysokiego ryzyka, u których nie można zastosować ruksolitynibu lub ruksolitynib jest w niedostępny w ośrodku*<br>– *kobiet w ciąży z mielofibrozą wymagających leczenia cytoredukcyjnego* |
| 4 | **PEGINTERERONUM ALFA-2A** | D75.2 | NADPŁYTKOWOŚĆ SAMOISTNA<br>*w przypadku:*<br>– *pacjentów, którzy nie odpowiadają na leczenie hydroksymocznikiem lub mają objawy niepożądane*<br>– *młodych chorych na nadpłytkowość samoistną wysokiego ryzyka*<br>– *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<br>*W leczeniu dorosłych pacjentów chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca:*<br>*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),*<br>*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),*<br>*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,*<br>*d) z zaawansowaniem miejscowym (stopień III - z wyjątkiem sytuacji, w których możliwe jest zastosowanie radiochemioterapii, radioterapii lub chirurgicznego leczenia) lub uogólnieniem (stopień IV),*<br>*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),*<br>*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,*<br>*g) z nieobecnością przeciwwskazań do stosowania określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego,*<br>*h) z wykluczeniem jednoczesnego stosowania chemioterapii oraz innych leków ukierunkowanych molekularnie.*<br>*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<br>*W leczeniu dorosłych pacjentów chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca:*<br>*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),*<br>*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),*<br>*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,*<br>*d) z zaawansowaniem miejscowym (stopień III - z wyjątkiem sytuacji, w których możliwe jest zastosowanie radiochemioterapii, radioterapii lub chirurgicznego leczenia) lub uogólnieniem (stopień IV),*<br>*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),*<br>*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,*<br>*g) z nieobecnością przeciwwskazań do stosowania określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego,*<br>*h) z wykluczeniem jednoczesnego stosowania chemioterapii oraz innych leków ukierunkowanych molekularnie.*<br>*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<br>*w przypadku:*<br>*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),*<br>*albo*<br>*leczenia w skojarzeniu z deksametazonem dorosłych pacjentów ze szpiczakiem plazmocytowym, u których stosowano uprzednio co najmniej jeden schemat leczenia,*<br>*albo*<br>*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<br>*w przypadku:*<br>*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<br>*w przypadku:*<br>*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<br>*w przypadku:*<br>*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<br>*w przypadku:*<br>*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<br>*w przypadku:*<br>*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<br>*w przypadku:*<br>*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<br>*w przypadku:*<br>*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<br>*w przypadku:*<br>*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<br>*w przypadku:*<br>*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<br>*w przypadku:*<br>*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<br>*w przypadku:*<br>*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<br>*w przypadku:*<br>*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<br>*w przypadku:*<br>*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<br>*w przypadku:*<br>*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<br>*w przypadku:*<br>*leczenia w skojarzeniu z rytuksymabem dorosłych pacjentów z uprzednio nieleczonym chłoniakiem grudkowym w stopniu 1-3a* |
| 4. | **LENALIDOMIDUM** | C83 | CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE<br>*w przypadku:*<br>*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<br>*w przypadku:*<br>*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<br>*w przypadku:*<br>*leczenia w skojarzeniu z rytuksymabem dorosłych pacjentów z uprzednio leczonymi chłoniakiami strefy brzeżnej*<br>*albo*<br>*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<br>*w przypadku:*<br>– *pacjentów którzy nie odpowiadają na leczenie hydroksymocznikiem lub mają objawy niepożądane*<br>– *młodych chorych wysokiego ryzyka ze wskazaniami do leczenia cytoredukcyjnego*<br>– *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<br>*w przypadku:*<br>*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.*<br>*albo*<br>*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,*<br>*albo*<br>*leczenia dorosłych pacjentów na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami, po niepowodzeniu chemioterapii opartej o docetaksel,*<br>*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<br>*w przypadku:*<br>*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,*<br>*albo*<br>*leczenia dorosłych pacjentów na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego bez przerzutów, z dużym ryzykiem wystąpienia przerzutów (PSA DT ≤ 10 mies.).*<br>*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<br>*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<br>*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<br>*leczenie dorosłych chorych na przewlekłą białaczkę szpikową w fazie przewlekłej lub akceleracji lub kryzy blastycznej*<br>*w przypadku:*<br>*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<br>*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*<br>*w przypadku:*<br>*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,*<br>*lub*<br>*gdy wystąpiły objawy nietolerancji imatynibu w trakcie wcześniejszej terapii w stopniu uniemożliwiającym dalsze jego stosowanie,*<br>*lub*<br>*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),*<br>*lub*<br>*gdy przy rozpoznaniu lub na jakimkolwiek etapie leczenia stwierdzono pierwotne zajęcie ośrodkowego układu nerwowego (OUN).* |

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 Chronosphere 100, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 29,03+66,66 mg | 30 sasz.po 303 mg | 05909990425693 |
| 27 | Acidum valproicum + Natrii valproas | Depakine Chronosphere 1000, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 290,27+666,60 mg | 30 sasz.po 3030 mg | 05909990425754 |
| 28 | Acidum valproicum + Natrii valproas | Depakine Chronosphere 250, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 72,61+166,76 mg | 30 sasz.po 758 mg | 05909990425709 |
| 29 | Acidum valproicum + Natrii valproas | Depakine Chronosphere 500, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 145,14+333,30 mg | 30 sasz.po 1515 mg | 05909990425730 |
| 30 | Acidum valproicum + Natrii valproas | Depakine Chronosphere 750, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 217,75+500,06 mg | 30 sasz.po 2273 mg | 05909990425747 |
| 31 | Acitretinum | Acitren, kaps. twarde, 10 mg | 30 szt. | 05909990907731 |
| 32 | Acitretinum | Acitren, kaps. twarde, 10 mg | 100 szt. | 05909990907755 |
| 33 | Acitretinum | Acitren, kaps. twarde, 25 mg | 30 szt. | 05909990907762 |
| 34 | Acitretinum | Acitren, kaps. twarde, 25 mg | 100 szt. | 05909990907786 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 35 | Acitretinum | Neotigason, kaps., 10 mg | 100 szt. | 05909990697021 |
| 36 | Acitretinum | Neotigason, kaps., 10 mg | 30 szt. | 05909990854462 |
| 37 | Acitretinum | Neotigason, kaps., 25 mg | 100 szt. | 05909990696925 |
| 38 | Adrenalinum | Adrenalina WZF, roztwór do wstrzykiwań, 300 µg/0,3 ml | 1 amp.-strz.po 1 ml | 05909991069711 |
| 39 | Alergeny kurzu domowego | Novo-Helisen Depot, zawiesina do wstrzykiwań, stężenie: 1 - 50 TU/ml lub 50 PNU/ml; 2 - 500 TU/ml lub 500 PNU/ml; 3 - 5000 TU/ml lub 5000 PNU/ml | 3 fiol.po 4,5 ml (stężenia 1-3) | 05909990001118 |
| 40 | Allopurinolum | Allupol, tabl., 100 mg | 50 szt. | 05909990109418 |
| 41 | Allopurinolum | Allupol, tabl., 300 mg | 30 szt. | 05909991316228 |
| 42 | Allopurinolum | Argadopin, tabl., 100 mg | 50 szt. | 05907626706505 |
| 43 | Allopurinolum | Argadopin, tabl., 100 mg | 100 szt. | 05907626706529 |
| 44 | Allopurinolum | Argadopin, tabl., 300 mg | 30 szt | 05907626706604 |
| 45 | Allopurinolum | Argadopin, tabl., 300 mg | 100 szt. | 05907626706628 |
| 46 | Allopurinolum | Dnor, tabl., 100 mg | 50 szt. | 05909991508616 |
| 47 | Allopurinolum | Dnor, tabl., 300 mg | 30 szt. | 05909991508654 |
| 48 | Allopurinolum | Milurit, tabl., 100 mg | 50 szt. | 05909990163212 |
| 49 | Allopurinolum | Milurit, tabl., 300 mg | 30 szt. | 05909990414819 |
| 50 | Amiodaroni hydrochloridum | Opacorden, tabl. powl., 200 mg | 60 szt. | 05909990086818 |
| 51 | Amisulpridum | Amipryd, tabl., 100 mg | 30 szt. | 05909991412876 |
| 52 | Amisulpridum | Amipryd, tabl., 200 mg | 30 szt. | 05909991412883 |
| 53 | Amisulpridum | Amipryd, tabl., 400 mg | 30 szt. | 05909991412906 |
| 54 | Amisulpridum | Amisan , tabl., 200 mg | 60 szt. | 05909990762972 |
| 55 | Amisulpridum | Amisan , tabl., 50 mg | 60 szt. | 05909990762880 |
| 56 | Amisulpridum | Amisan, tabl. powl., 400 mg | 30 szt. | 05909990762996 |
| 57 | Amisulpridum | Amisan, tabl., 200 mg | 30 szt. | 05909990762965 |
| 58 | Amisulpridum | ApoSuprid, tabl. powl., 400 mg | 30 szt. | 05909991348649 |
| 59 | Amisulpridum | ApoSuprid, tabl., 200 mg | 30 szt. | 05909991348557 |
| 60 | Amisulpridum | Masultab, tabl., 200 mg | 30 szt. | 09008732013207 |
| 61 | Amisulpridum | Masultab, tabl., 400 mg | 30 szt. | 09008732013214 |
| 62 | Amisulpridum | Solian, tabl. powl., 200 mg | 30 szt. | 05909990840915 |
| 63 | Amisulpridum | Solian, tabl. powl., 400 mg | 30 szt. | 05909990841011 |
| 64 | Amisulpridum | Solian, tabl. powl., 400 mg | 30 szt. | 05909991471248 |
| 65 | Amisulpridum | Solian, tabl., 100 mg | 30 szt. | 05909990840816 |
| 66 | Amisulpridum | Solian, tabl., 400 mg | 30 szt. | 05909991452261 |
| 67 | Amisulpridum | Solian, tabl., 400 mg | 30 szt. | 05909991466114 |
| 68 | Amisulpridum | Symamis, tabl., 200 mg | 30 szt. | 05909991410773 |
| 69 | Amisulpridum | Symamis, tabl., 400 mg | 30 szt. | 05909991410803 |
| 70 | Amlodipini besilas | ApoAmlo, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991322885 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 71 | Amlodipini besilas | ApoAmlo, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909991322816 |
| 72 | Amlodipinum | Adipine, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990642267 |
| 73 | Amlodipinum | Adipine, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990642311 |
| 74 | Amlodipinum | Agen 10, tabl., 10 mg | 60 szt. | 05909991067540 |
| 75 | Amlodipinum | Agen 10, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991099022 |
| 76 | Amlodipinum | Agen 10, tabl., 10 mg | 60 szt. | 05909991436636 |
| 77 | Amlodipinum | Agen 5, tabl., 5 mg | 60 szt. | 05909991067533 |
| 78 | Amlodipinum | Agen 5, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909991098926 |
| 79 | Amlodipinum | Agen 5, tabl., 5 mg | 60 szt. | 05909991436759 |
| 80 | Amlodipinum | Aldan, tabl., 10 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909991008734 |
| 81 | Amlodipinum | Aldan, tabl., 5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909991008635 |
| 82 | Amlodipinum | Alneta, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991068073 |
| 83 | Amlodipinum | Alneta, tabl., 10 mg | 60 szt. | 05909991068097 |
| 84 | Amlodipinum | Alneta, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909991067977 |
| 85 | Amlodipinum | Alneta, tabl., 5 mg | 60 szt. | 05909991067991 |
| 86 | Amlodipinum | Amlodipine Bluefish, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990800551 |
| 87 | Amlodipinum | Amlodipine Bluefish, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990800469 |
| 88 | Amlodipinum | Amlomyl, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990842698 |
| 89 | Amlodipinum | Amlomyl, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990842476 |
| 90 | Amlodipinum | Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990048977 |
| 91 | Amlodipinum | Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991361020 |
| 92 | Amlodipinum | Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991464462 |
| 93 | Amlodipinum | Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991478148 |
| 94 | Amlodipinum | Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991511449 |
| 95 | Amlodipinum | Amlopin 5 mg, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990048939 |
| 96 | Amlodipinum | Amlopin 5 mg, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909991361013 |
| 97 | Amlodipinum | Amlozek, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990799817 |
| 98 | Amlodipinum | Amlozek, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990799718 |
| 99 | Amlodipinum | Cardilopin, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990907519 |
| 100 | Amlodipinum | Cardilopin, tabl., 2,5 mg | 30 szt. | 05909990907311 |
| 101 | Amlodipinum | Cardilopin, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990907410 |
| 102 | Amlodipinum | Normodipine, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990993116 |
| 103 | Amlodipinum | Normodipine, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990993017 |
| 104 | Amlodipinum | Tenox, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990963119 |
| 105 | Amlodipinum | Tenox, tabl., 5 mg | 90 szt. | 05909990421824 |
| 106 | Amlodipinum | Tenox, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990963010 |
| 107 | Amlodipinum | Vilpin, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991042912 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 108 | Amlodipinum | Vilpin, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990621217 |
| 109 | Amoxicillinum | Amotaks DIS, tabl., 1 g | 16 szt. | 05909991043728 |
| 110 | Amoxicillinum | Amotaks Dis, tabl., 1 g | 20 szt. | 05909991089146 |
| 111 | Amoxicillinum | Amotaks DIS, tabl., 500 mg | 16 szt. | 05909991043520 |
| 112 | Amoxicillinum | Amotaks Dis, tabl., 500 mg | 20 szt. | 05909991089122 |
| 113 | Amoxicillinum | Amotaks DIS, tabl., 750 mg | 16 szt. | 05909991043629 |
| 114 | Amoxicillinum | Amotaks Dis, tabl., 750 mg | 20 szt. | 05909991089139 |
| 115 | Amoxicillinum | Amotaks, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml | 60 ml | 05909990794379 |
| 116 | Amoxicillinum | Amotaks, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml | 1 but.po 100 ml | 05909991298258 |
| 117 | Amoxicillinum | Amotaks, kaps. twarde, 500 mg | 16 szt. | 05909990691517 |
| 118 | Amoxicillinum | Amotaks, kaps. twarde, 500 mg | 20 szt. | 05909991089108 |
| 119 | Amoxicillinum | Amotaks, tabl., 1 g | 16 szt. | 05909990691319 |
| 120 | Amoxicillinum | Amotaks, tabl., 1 g | 20 szt. | 05909991089153 |
| 121 | Amoxicillinum | Amoxicillin Aurovitas, tabl. do sporz. zaw. doustnej, 1000 mg | 16 szt. | 05909991373139 |
| 122 | Amoxicillinum | Hiconcil, kaps. twarde, 500 mg | 16 szt. | 05909990066117 |
| 123 | Amoxicillinum | Hiconcil, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml | 100 ml | 05909990083619 |
| 124 | Amoxicillinum | Ospamox 1000 mg, tabl. powl., 1000 mg | 20 szt. | 05909990778041 |
| 125 | Amoxicillinum | Ospamox 500 mg, tabl. powl., 500 mg | 20 szt. | 05909990788453 |
| 126 | Amoxicillinum | Ospamox 750 mg, tabl. powl., 750 mg | 20 szt. | 05909990788477 |
| 127 | Amoxicillinum | Ospamox, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml | 1 but. 60 ml | 05907626702361 |
| 128 | Amoxicillinum | Ospamox, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml | 1 but.po 100 ml | 05909990781874 |
| 129 | Amoxicillinum | Ospamox, tabl. powl., 1000 mg | 16 szt. | 05909990293322 |
| 130 | Amoxicillinum | Ospamox, tabl. powl., 500 mg | 16 szt. | 05909990293124 |
| 131 | Amoxicillinum | Ospamox, tabl. powl., 750 mg | 16 szt. | 05909990293223 |
| 132 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Amoksiklav ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml | 1 but. a 100 ml | 07613421046934 |
| 133 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Amoksiklav ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml | 1 but a 50 ml | 07613421046941 |
| 134 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Amoksiklav QUICKTAB 1000 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej/tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 875+125 mg | 14 szt. | 05909990649747 |
| 135 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Amoksiklav QUICKTAB 625 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej/tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 500+125 mg | 14 szt. | 05909990646906 |
| 136 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Amoksiklav, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml | 35 ml (8,75 g) | 05909990894819 |
| 137 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Amoksiklav, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml | 70 ml (17,5 g) | 05909990894826 |
| 138 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Amoksiklav, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml | 140 ml (35 g) | 05909990894833 |
| 139 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Amoksiklav, tabl. powl., 500+125 mg | 14 szt. | 05909990081912 |
| 140 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg | 14 szt. | 05909990411115 |
| 141 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg | 20 szt. | 05909991012960 |
| 142 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg | 14 szt. | 05909991243319 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 143 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg | 14 szt. | 05909991250324 |
| 144 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Amylan ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml | 1 but a 50 ml | 05901797711108 |
| 145 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Amylan ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml | 1 but. a 100 ml | 05901797711115 |
| 146 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Amylan, tabl. powl., 500+125 mg | 14 szt. | 05909991284220 |
| 147 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Amylan, tabl. powl., 875+125 mg | 14 szt. | 05909991284237 |
| 148 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Auglavin PPH Extra, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml | 1 but. a 100 ml | 05909991343279 |
| 149 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Auglavin PPH, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml | 70 ml (but.) | 05909991343255 |
| 150 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Auglavin PPH, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml | 140 ml (but.) | 05909991343262 |
| 151 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Auglavin PPH, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 875+125 mg | 14 sasz. | 05903060615908 |
| 152 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Auglavin PPH, tabl. powl., 500+125 mg | 14 szt. | 05903060615922 |
| 153 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Auglavin PPH, tabl. powl., 875+125 mg | 14 szt. | 05903060615953 |
| 154 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Augmentin ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml | 50 ml | 05909990614288 |
| 155 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Augmentin ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml | 1 but. a 100 ml | 05909990614318 |
| 156 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Augmentin, tabl. powl., 250+125 mg | 21 szt. | 05909990064120 |
| 157 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Augmentin, tabl. powl., 500+125 mg | 14 szt. | 05909990368235 |
| 158 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg | 14 szt. | 05909990717521 |
| 159 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg | 20 szt. | 05909991093990 |
| 160 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg | 14 szt. | 05909991209483 |
| 161 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg | 14 szt. | 05909991248949 |
| 162 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg | 14 szt. | 05909997198385 |
| 163 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg | 14 szt. | 05909997217345 |
| 164 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg | 14 szt. | 05909997230542 |
| 165 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Co-amoxiclav Bluefish, tabl. powl., 875+125 mg | 14 szt. | 05909990744848 |
| 166 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Hiconcil combi, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml | 70 ml (14 g) | 05909991233846 |
| 167 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Hiconcil combi, tabl. powl., 875+125 mg | 14 szt. | 05909991233624 |
| 168 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Penlac, tabl. powl., 875+125 mg | 14 szt. | 05909991441517 |
| 169 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Penlac, tabl. powl., 875+125 mg | 20 szt. | 05909991444440 |
| 170 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Polamoklav, tabl. powl., 875+125 mg | 14 szt. | 05909991392772 |
| 171 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Ramoclav, tabl. powl., 875+125 mg | 14 szt. | 05909991042073 |
| 172 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Ramoclav, tabl. powl., 875+125 mg | 21 szt. | 05909991042080 |
| 173 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Ramoclav, tabl. powl., 875+125 mg | 14 szt. | 05909991474027 |
| 174 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Ramoclav, tabl. powl., 875+125 mg | 21 szt. | 05909991474034 |
| 175 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml | 1 but. 140 ml | 05909990793587 |
| 176 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml | 35 ml | 05909990793594 |
| 177 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml | 1 but. 70 ml | 05909990793600 |
| 178 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Taromentin, tabl. powl., 500+125 mg | 21 szt. | 05909990430611 |
| 179 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Taromentin, tabl. powl., 500+125 mg | 14 szt. | 05909990430628 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 180 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Taromentin, tabl. powl., 875+125 mg | 21 szt. | 05904016012444 |
| 181 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Taromentin, tabl. powl., 875+125 mg | 14 szt. | 05909991087715 |
| 182 | Amoxicillinum trihydricum + Kalii clavulonas | Amoxicillin + Clavulanic Acid Aurovitas, tabl. powl., 875+125 mg | 14 szt. | 05909991395759 |
| 183 | Aripiprazolum | Abilify, tabl., 10 mg | 56 szt. | 05038256002573 |
| 184 | Aripiprazolum | Abilify, tabl., 15 mg | 28 szt. | 05901878600888 |
| 185 | Aripiprazolum | Abilify, tabl., 15 mg | 56 szt. | 05901878600895 |
| 186 | Aripiprazolum | Abilify, tabl., 15 mg | 28 szt. | 05903792743528 |
| 187 | Aripiprazolum | Abilify, tabl., 15 mg | 56 szt. | 05903792743535 |
| 188 | Aripiprazolum | Abilify, tabl., 15 mg | 28 szt. | 05909990002306 |
| 189 | Aripiprazolum | Abilify, tabletki, 15 mg | 56 szt. | 05909990002337 |
| 190 | Aripiprazolum | Abilify, tabletki, 30 mg | 56 szt. | 05909990002382 |
| 191 | Aripiprazolum | Apiprax, tabl., 15 mg | 28 szt. | 05909991279691 |
| 192 | Aripiprazolum | Apra, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05906414001068 |
| 193 | Aripiprazolum | Apra, tabl., 10 mg | 56 szt. | 05906414001730 |
| 194 | Aripiprazolum | Apra, tabl., 10 mg | 84 szt. | 05906414001747 |
| 195 | Aripiprazolum | Apra, tabl., 15 mg | 28 szt. | 05906414001075 |
| 196 | Aripiprazolum | Apra, tabl., 15 mg | 56 szt. | 05906414001754 |
| 197 | Aripiprazolum | Apra, tabl., 15 mg | 84 szt. | 05906414001761 |
| 198 | Aripiprazolum | Apra, tabl., 30 mg | 28 szt. | 05906414001082 |
| 199 | Aripiprazolum | Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 28 szt. | 05906414001020 |
| 200 | Aripiprazolum | Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 56 szt. | 05906414001648 |
| 201 | Aripiprazolum | Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 84 szt. | 05906414001655 |
| 202 | Aripiprazolum | Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 28 szt. | 05906414001037 |
| 203 | Aripiprazolum | Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 56 szt. | 05906414001662 |
| 204 | Aripiprazolum | Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 84 szt. | 05906414001679 |
| 205 | Aripiprazolum | Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 30 mg | 28 szt. | 05906414001044 |
| 206 | Aripiprazolum | Aribit ODT, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 28 szt. | 05909991251475 |
| 207 | Aripiprazolum | Aribit, tabl., 10 mg | 56 szt. | 05907529463284 |
| 208 | Aripiprazolum | Aribit, tabl., 15 mg | 28 szt. | 05907529463314 |
| 209 | Aripiprazolum | Aribit, tabl., 15 mg | 56 szt. | 05907529463338 |
| 210 | Aripiprazolum | Aribit, tabl., 30 mg | 56 szt. | 05907529463383 |
| 211 | Aripiprazolum | Aricogan, tabl., 15 mg | 28 szt. | 05909991265526 |
| 212 | Aripiprazolum | Aripilek, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991232733 |
| 213 | Aripiprazolum | Aripilek, tabl., 15 mg | 28 szt. | 05909991232832 |
| 214 | Aripiprazolum | Aripilek, tabl., 15 mg | 30 szt. | 05909991232849 |
| 215 | Aripiprazolum | Aripilek, tabl., 15 mg | 56 szt. | 05909991232856 |
| 216 | Aripiprazolum | Aripilek, tabl., 15 mg | 60 szt. | 05909991232863 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 217 | Aripiprazolum | Aripilek, tabl., 15 mg | 90 szt. | 05909991232887 |
| 218 | Aripiprazolum | Aripilek, tabl., 30 mg | 28 szt. | 05909991232931 |
| 219 | Aripiprazolum | Aripiprazole +pharma, tabl., 15 mg | 30 szt. | 05901720140241 |
| 220 | Aripiprazolum | Aripiprazole Aurovitas, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 28 szt. (w blistrach perforowanych) | 05909991270223 |
| 221 | Aripiprazolum | Aripiprazole Aurovitas, tabl., 15 mg | 28 szt. | 05909991339951 |
| 222 | Aripiprazolum | Aripiprazole Orion, tabl., 15 mg | 28 szt. | 05909991263850 |
| 223 | Aripiprazolum | Aripiprazole Sandoz, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05907626705690 |
| 224 | Aripiprazolum | Aripiprazole Sandoz, tabl., 10 mg | 56 szt. | 05907626705713 |
| 225 | Aripiprazolum | Aripiprazole Sandoz, tabl., 15 mg | 28 szt. | 05907626705836 |
| 226 | Aripiprazolum | Aripiprazole Sandoz, tabl., 15 mg | 56 szt. | 05907626705850 |
| 227 | Aripiprazolum | Arpixor, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991404659 |
| 228 | Aripiprazolum | Arpixor, tabl., 10 mg | 56 szt. | 05909991404666 |
| 229 | Aripiprazolum | Arpixor, tabl., 15 mg | 28 szt. | 05909991404673 |
| 230 | Aripiprazolum | Arpixor, tabl., 15 mg | 56 szt. | 05909991404680 |
| 231 | Aripiprazolum | Arpixor, tabl., 30 mg | 28 szt. | 05909991404710 |
| 232 | Aripiprazolum | Arpixor, tabl., 30 mg | 56 szt. | 05909991404727 |
| 233 | Aripiprazolum | Arpixor, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909991404635 |
| 234 | Aripiprazolum | Arpixor, tabl., 5 mg | 56 szt. | 05909991404642 |
| 235 | Aripiprazolum | Aryzalera, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991205225 |
| 236 | Aripiprazolum | Aryzalera, tabl., 10 mg | 56 szt. | 05909991205256 |
| 237 | Aripiprazolum | Aryzalera, tabl., 15 mg | 28 szt. | 05909991205324 |
| 238 | Aripiprazolum | Aryzalera, tabl., 15 mg | 56 szt. | 05909991205355 |
| 239 | Aripiprazolum | Aryzalera, tabl., 30 mg | 28 szt. | 05909991205423 |
| 240 | Aripiprazolum | Asduter, tabl., 15 mg | 28 szt. | 05909991229733 |
| 241 | Aripiprazolum | Asduter, tabletki, 10 mg | 28 szt. | 05909991229696 |
| 242 | Aripiprazolum | Explemed, tabl., 15 mg | 28 szt. | 05909991236946 |
| 243 | Aripiprazolum | Explemed, tabl., 15 mg | 56 szt. | 05909991236953 |
| 244 | Atomoxetinum | Atofab, kaps. twarde, 25 mg | 28 szt. | 09008732012224 |
| 245 | Atomoxetinum | Atofab, kaps. twarde, 40 mg | 28 szt. | 09008732012231 |
| 246 | Atomoxetinum | Atomoksetyna Medice, tabl. powl., 25 mg | 28 szt. | 05909991412173 |
| 247 | Atomoxetinum | Atomoksetyna Medice, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. | 05909991412241 |
| 248 | Atomoxetinum | Auroxetyn, kaps. twarde, 10 mg | 28 szt. | 05909991393380 |
| 249 | Atomoxetinum | Auroxetyn, kaps. twarde, 18 mg | 28 szt. | 05909991393601 |
| 250 | Atomoxetinum | Auroxetyn, kaps. twarde, 25 mg | 28 szt. | 05909991393496 |
| 251 | Atomoxetinum | Auroxetyn, kaps. twarde, 40 mg | 28 szt. | 05909991393717 |
| 252 | Atomoxetinum | Auroxetyn, kaps. twarde, 40 mg | 30 szt. | 05909991508241 |
| 253 | Atomoxetinum | Konaten, kaps. twarde, 10 mg | 28 szt. | 05909991390938 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 254 | Atomoxetinum | Konaten, kaps. twarde, 18 mg | 28 szt. | 05909991390952 |
| 255 | Atomoxetinum | Konaten, kaps. twarde, 25 mg | 28 szt. | 05909991390976 |
| 256 | Atomoxetinum | Konaten, kaps. twarde, 40 mg | 28 szt. | 05909991390990 |
| 257 | Atorvastatin | Atrox 10, tabl. powl., 10 mg | 60 szt. | 05907695215137 |
| 258 | Atorvastatin | Atrox 10, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909991124618 |
| 259 | Atorvastatin | Atrox 20, tabl. powl., 20 mg | 60 szt. | 05907695215144 |
| 260 | Atorvastatin | Atrox 20, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909991124717 |
| 261 | Atorvastatin | Atrox 40, tabl. powl., 40 mg | 60 szt. | 05907695215151 |
| 262 | Atorvastatin | Atrox 40, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 05909991124816 |
| 263 | Atorvastatinum | Apo-Atorva, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909990787586 |
| 264 | Atorvastatinum | Apo-Atorva, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909990787609 |
| 265 | Atorvastatinum | Apo-Atorva, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 05909990787647 |
| 266 | Atorvastatinum | Atoris, tabl. powl., 10 mg | 90 szt. | 05909990336647 |
| 267 | Atorvastatinum | Atoris, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909990991815 |
| 268 | Atorvastatinum | Atoris, tabl. powl., 20 mg | 90 szt. | 05909990419173 |
| 269 | Atorvastatinum | Atoris, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909990991914 |
| 270 | Atorvastatinum | Atoris, tabl. powl., 20 mg | 60 szt. | 05909991013806 |
| 271 | Atorvastatinum | Atoris, tabl. powl., 30 mg | 30 szt. | 05909990885282 |
| 272 | Atorvastatinum | Atoris, tabl. powl., 30 mg | 60 szt. | 05909990885299 |
| 273 | Atorvastatinum | Atoris, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 05909990623464 |
| 274 | Atorvastatinum | Atoris, tabl. powl., 40 mg | 60 szt. | 05909990623471 |
| 275 | Atorvastatinum | Atoris, tabl. powl., 40 mg | 90 szt. | 05909990623488 |
| 276 | Atorvastatinum | Atoris, tabl. powl., 60 mg | 30 szt. | 05909990885336 |
| 277 | Atorvastatinum | Atoris, tabl. powl., 80 mg | 30 szt. | 05909990885374 |
| 278 | Atorvastatinum | Atorvagen, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. (butelka) | 05909990938926 |
| 279 | Atorvastatinum | Atorvagen, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. (butelka) | 05909990938995 |
| 280 | Atorvastatinum | Atorvastatin Aurovitas, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 05909991321710 |
| 281 | Atorvastatinum | Atorvastatin Aurovitas, tabletki powlekane, 20 mg | 30 szt. | 05909991321611 |
| 282 | Atorvastatinum | Atorvastatin Aurovitas, tabletki powlekane, 20 mg | 90 szt. | 05909991321659 |
| 283 | Atorvastatinum | Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909991382896 |
| 284 | Atorvastatinum | Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909991382902 |
| 285 | Atorvastatinum | Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 30 mg | 30 szt. | 05909991382919 |
| 286 | Atorvastatinum | Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 05909991382926 |
| 287 | Atorvastatinum | Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 60 mg | 30 szt. | 05909991382933 |
| 288 | Atorvastatinum | Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 80 mg | 30 szt. | 05909991382940 |
| 289 | Atorvastatinum | Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909990900053 |
| 290 | Atorvastatinum | Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909990899920 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 291 | Atorvastatinum | Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 20 mg | 60 szt. | 05909990899951 |
| 292 | Atorvastatinum | Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 20 mg | 90 szt. | 05909990899975 |
| 293 | Atorvastatinum | Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 05909990900275 |
| 294 | Atorvastatinum | Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 40 mg | 60 szt. | 05909990900305 |
| 295 | Atorvastatinum | Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 40 mg | 90 szt. | 05909990900336 |
| 296 | Atorvastatinum | Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 80 mg | 30 szt. | 05909990900459 |
| 297 | Atorvastatinum | Atorvastatin Medical Valley, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909991501655 |
| 298 | Atorvastatinum | Atorvastatin Medical Valley, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 05909991501662 |
| 299 | Atorvastatinum | Atorvastatin Medreg, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909991444686 |
| 300 | Atorvastatinum | Atorvastatin Medreg, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909991444730 |
| 301 | Atorvastatinum | Atorvastatin Medreg, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 05909991444792 |
| 302 | Atorvastatinum | Atorvastatin Medreg, tabl. powl., 80 mg | 30 szt. | 05909991444853 |
| 303 | Atorvastatinum | Atorvasterol, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909990077847 |
| 304 | Atorvastatinum | Atorvasterol, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909990077939 |
| 305 | Atorvastatinum | Atorvasterol, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 05909990078028 |
| 306 | Atorvastatinum | Atorvasterol, tabl. powl., 80 mg | 30 szt. | 05909991041298 |
| 307 | Atorvastatinum | Atorvox, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909990573400 |
| 308 | Atorvastatinum | Atorvox, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909990573530 |
| 309 | Atorvastatinum | Atorvox, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 05909990573547 |
| 310 | Atorvastatinum | Atorvox, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. | 05909991479992 |
| 311 | Atorvastatinum | Atrox 10, tabl. powl., 10 mg | 90 szt. | 05907695215359 |
| 312 | Atorvastatinum | Atrox 20, tabl. powl., 20 mg | 90 szt. | 05907695215366 |
| 313 | Atorvastatinum | Atrox 40, tabl. powl., 40 mg | 90 szt. | 05907695215373 |
| 314 | Atorvastatinum | Atrox, tabl. powl., 80 mg | 30 szt. | 05909991011383 |
| 315 | Atorvastatinum | Lambrinex, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909990905508 |
| 316 | Atorvastatinum | Lambrinex, tabl. powl., 10 mg | 60 szt. | 05909990905539 |
| 317 | Atorvastatinum | Lambrinex, tabl. powl., 10 mg | 90 szt. | 05909990905553 |
| 318 | Atorvastatinum | Lambrinex, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909990905638 |
| 319 | Atorvastatinum | Lambrinex, tabl. powl., 20 mg | 60 szt. | 05909990905652 |
| 320 | Atorvastatinum | Lambrinex, tabl. powl., 20 mg | 90 szt. | 05909990905676 |
| 321 | Atorvastatinum | Lambrinex, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 05909990905782 |
| 322 | Atorvastatinum | Lambrinex, tabl. powl., 40 mg | 60 szt. | 05909990905805 |
| 323 | Atorvastatinum | Lambrinex, tabl. powl., 40 mg | 90 szt. | 05909990905867 |
| 324 | Atorvastatinum | Storvas CRT, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909991042097 |
| 325 | Atorvastatinum | Storvas CRT, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909991042103 |
| 326 | Atorvastatinum | Storvas CRT, tabl. powl., 30 mg | 30 szt. | 05909991415976 |
| 327 | 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** |
| 328 | Atorvastatinum | Storvas CRT, tabl. powl., 60 mg | 30 szt. | 05909991419042 |
| 329 | Atorvastatinum | Storvas CRT, tabl. powl., 80 mg | 30 szt. | 05909991042141 |
| 330 | Atorvastatinum | Torvacard 10, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909990338290 |
| 331 | Atorvastatinum | Torvacard 20, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909990338368 |
| 332 | Atorvastatinum | Torvacard 40, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 05909990338436 |
| 333 | Atorvastatinum | Torvacard 40, tabl. powl., 40 mg | 90 szt. | 05909990338443 |
| 334 | Atorvastatinum | Torvacard, tabl. powl., 80 mg | 30 szt. | 05909990957071 |
| 335 | Atorvastatinum | Tulip 40 mg, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 05909990810161 |
| 336 | Atorvastatinum | Tulip 40 mg, tabl. powl., 40 mg | 60 szt. | 05909990810178 |
| 337 | Atorvastatinum | Tulip 40 mg, tabl. powl., 40 mg | 90 szt. | 05909990810185 |
| 338 | Atorvastatinum | Tulip 80 mg, tabl. powl., 80 mg | 30 szt. | 05909990810208 |
| 339 | Atorvastatinum | Tulip, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909990998814 |
| 340 | Atorvastatinum | Tulip, tabl. powl., 10 mg | 60 szt. | 05909990998821 |
| 341 | Atorvastatinum | Tulip, tabl. powl., 10 mg | 90 szt. | 05909990998838 |
| 342 | Atorvastatinum | Tulip, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909990998913 |
| 343 | Atorvastatinum | Tulip, tabl. powl., 20 mg | 60 szt. | 05909990998920 |
| 344 | Atorvastatinum | Tulip, tabl. powl., 20 mg | 90 szt. | 05909990998937 |
| 345 | Atorvastatinum calcicum trihydricum | Apo-Atorva, tabl. powl., 30 mg | 30 szt. | 05909991403911 |
| 346 | Atorvastatinum calcicum trihydricum | Apo-Atorva, tabl. powl., 30 mg | 60 szt. | 05909991403935 |
| 347 | Atorvastatinum calcicum trihydricum | Apo-Atorva, tabl. powl., 60 mg | 30 szt. | 05909991403997 |
| 348 | Atropini sulfas | Atropinum sulfuricum WZF 1%, krople do oczu, roztwór, 10 mg/ml | 5 ml | 05909990243112 |
| 349 | Azathioprinum | Azathioprine VIS, tabl., 50 mg | 50 szt. | 05909990232819 |
| 350 | Azathioprinum | Azathioprine VIS, tabl., 50 mg | 30 szt. | 05909990232826 |
| 351 | Azathioprinum | Imuran, tabl. powl., 50 mg | 100 szt. | 05909990277810 |
| 352 | Azithromycinum | Azibiot, tabl. powl., 500 mg | 3 szt. | 05909991054816 |
| 353 | Azithromycinum | Azimycin, tabl. powl., 250 mg | 6 szt. | 05909991034412 |
| 354 | Azithromycinum | Azimycin, tabl. powl., 500 mg | 3 szt. | 05909991035518 |
| 355 | Azithromycinum | Azithromycin Genoptim, tabl. powl., 500 mg | 3 szt. | 05909990969876 |
| 356 | Azithromycinum | AzitroLEK 250, tabl. powl., 250 mg | 6 szt. | 05909990573738 |
| 357 | Azithromycinum | AzitroLEK 250, tabl. powl., 250 mg | 6 szt. | 05909997214023 |
| 358 | Azithromycinum | AzitroLEK 250, tabl. powl., 250 mg | 6 szt. | 05909997223537 |
| 359 | Azithromycinum | AzitroLEK 500, tabl. powl., 500 mg | 3 szt. | 05909990573752 |
| 360 | Azithromycinum | AzitroLEK 500, tabl. powl., 500 mg | 3 szt. | 05909997214030 |
| 361 | Azithromycinum | AzitroLEK 500, tabl. powl., 500 mg | 3 szt. | 05909997223551 |
| 362 | Azithromycinum | AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/5 ml | 1 but.po 20 ml | 05909990635320 |
| 363 | Azithromycinum | AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml | 1 but.po 37,5 ml | 05907626702682 |
| 364 | Azithromycinum | AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml | 1 but.po 20 ml | 05909990635337 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 365 | Azithromycinum | AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml | 1 but.po 30 ml | 05909990635344 |
| 366 | Azithromycinum | Azitrox 500, tabl. powl., 500 mg | 3 szt. | 05909991087319 |
| 367 | Azithromycinum | Azycyna, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml | 20 ml | 05909990073566 |
| 368 | Azithromycinum | Azycyna, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml | 30 ml | 05909990073573 |
| 369 | Azithromycinum | Azycyna, tabl. powl., 250 mg | 6 szt. | 05909991098421 |
| 370 | Azithromycinum | Azycyna, tabl. powl., 500 mg | 3 szt. | 05909991098520 |
| 371 | Azithromycinum | Macromax, tabl. powl., 500 mg | 3 szt. | 05909990713608 |
| 372 | Azithromycinum | Sumamed forte, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml | 1 but.po 20 ml | 05909990742219 |
| 373 | Azithromycinum | Sumamed forte, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml | 1 but.po 30 ml | 05909990742226 |
| 374 | Azithromycinum | Sumamed, kaps. twarde, 250 mg | 6 szt. | 05909990742318 |
| 375 | Azithromycinum | Sumamed, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/5 ml | 1 but.po 20 ml | 05909990742110 |
| 376 | Azithromycinum | Sumamed, tabl. powl., 125 mg | 6 szt. | 05909990846214 |
| 377 | Azithromycinum | Sumamed, tabl. powl., 500 mg | 3 szt. | 05909990742417 |
| 378 | Benazeprili hydrochloridum | Lotensin, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990118915 |
| 379 | Benazeprili hydrochloridum | Lotensin, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. | 05909990119011 |
| 380 | Benazeprili hydrochloridum | Lotensin, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909990118816 |
| 381 | Benzathini phenoxymethylpenicillinum | Ospen 750, zawiesina doustna, 750000 j.m./5 ml | 60 ml | 05909990363216 |
| 382 | Betamethasoni dipropionas + Betamethasoni natrii phosphas | Diprophos, zawiesina do wstrzykiwań, 6,43+2,63 mg/ml | 5 amp.po 1 ml | 05909990121625 |
| 383 | Betaxololum | Betoptic S, krople do oczu, zawiesina, 2,5 mg/ml | 5 ml | 05909990186518 |
| 384 | Betaxololum | Betoptic S, krople do oczu, zawiesina, 2,5 mg/ml | 10 ml | 05909990186525 |
| 385 | Bimatoprostum | Bimican, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml | 1 but.po 3 ml | 05909991097066 |
| 386 | Bimatoprostum | Bimican, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml | 3 but.po 3 ml | 05909991097073 |
| 387 | Bimatoprostum | Bimifree, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml | 1 but.po 3 ml | 05909991335663 |
| 388 | Bimatoprostum | Bimifree, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml | 3 but.po 3 ml | 05909991335670 |
| 389 | Bimatoprostum | Lumigan, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml | 1 but.po 3 ml | 05909990008469 |
| 390 | Bimatoprostum | Vizibim, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml | 1 butelka po 3 ml | 05909991310769 |
| 391 | Bimatoprostum | Vizibim, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml | 3 butelki po 3 ml | 05909991310776 |
| 392 | Bimatoprostum + Timololum | Bimaroz Duo, krople do oczu, 0,3+5 mg/ml | 1 but.po 3 ml | 05909991376772 |
| 393 | Bimatoprostum + Timololum | Bimaroz Duo, krople do oczu, 0,3+5 mg/ml | 3 but.po 3 ml | 05909991376789 |
| 394 | Bimatoprostum + Timololum | Bimifree Combi, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml | 1 but.po 3 ml | 05909991422356 |
| 395 | Bimatoprostum + Timololum | Bimifree Combi, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml | 3 but.po 3 ml | 05909991422363 |
| 396 | Bimatoprostum + Timololum | Ganfort, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml | 1 but.po 3 ml | 05909990574315 |
| 397 | Biperideni hydrochloridum | Akineton SR 4 mg, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg | 30 szt. | 05909990884216 |
| 398 | Biperideni hydrochloridum | Akineton, tabl., 2 mg | 50 szt. | 05909990193219 |
| 399 | Biperideni hydrochloridum | Akineton, tabl., 2 mg | 50 szt. | 05909991447311 |
| 400 | Bisoprolol fumarate | Corectin 10, tabl. powl., 10 mg | 60 szt. | 05909991066529 |
| 401 | 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** |
| 402 | Bisoprololi fumaras | Bicardef 10 mg, tabl. powl., 10 mg | 60 szt. | 05909991197049 |
| 403 | Bisoprololi fumaras | Bicardef 10 mg, tabl. powl., 10 mg | 90 szt. | 05909991197056 |
| 404 | Bisoprololi fumaras | Bicardef 5 mg, tabl. powl., 5 mg | 90 szt. | 05909991197063 |
| 405 | Bisoprololi fumaras | Bicardef 5 mg, tabl. powl., 5 mg | 60 szt. | 05909991197070 |
| 406 | Bisoprololi fumaras | Bisoprolol VP, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991152017 |
| 407 | Bisoprololi fumaras | Bisoprolol VP, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909991151911 |
| 408 | Bisoprololi fumaras | Bisoratio 10, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991015114 |
| 409 | Bisoprololi fumaras | Bisoratio 5, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909991015015 |
| 410 | Bisoprololi fumaras | Coronal 10, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909990633852 |
| 411 | Bisoprololi fumaras | Coronal 10, tabl. powl., 10 mg | 60 szt. | 05909990633869 |
| 412 | Bisoprololi fumaras | Coronal 5, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909990633791 |
| 413 | Bisoprololi fumaras | Coronal 5, tabl. powl., 5 mg | 60 szt. | 05909990633807 |
| 414 | Bisoprololi fumaras | Corsib, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991499501 |
| 415 | Bisoprololi fumaras | Corsib, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909991499600 |
| 416 | Bisoprololi fumaras | Sobycor, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909991097523 |
| 417 | Bisoprololi fumaras | Sobycor, tabl. powl., 10 mg | 60 szt. | 05909991097554 |
| 418 | Bisoprololi fumaras | Sobycor, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909991097400 |
| 419 | Bisoprololi fumaras | Sobycor, tabl. powl., 5 mg | 60 szt. | 05909991097448 |
| 420 | Brimonidini tartras | Alphagan, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml | 5 ml | 05909990865024 |
| 421 | Brimonidini tartras | Biprolast, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml | 3 but.po 5 ml | 05906414000900 |
| 422 | Brimonidini tartras | Biprolast, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909990874194 |
| 423 | Brimonidini tartras | Briglau Free, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml | 1 butelka po 5 ml | 05909991379483 |
| 424 | Brimonidini tartras | Briglau Free, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml | 3 butelki po 5 ml | 05909991379490 |
| 425 | Brimonidini tartras | Briglau PPH, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml | 5 ml (but.) | 05909990974641 |
| 426 | Brimonidini tartras + Timololum | Combigan, krople do oczu, roztwór, 2+5 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909990570546 |
| 427 | Brinzolamidum | Azopt, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909990869114 |
| 428 | Brinzolamidum | Brinzolamide Genoptim, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909991250386 |
| 429 | Brinzolamidum | Optilamid, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909991223571 |
| 430 | Brinzolamidum | Optilamid, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml | 3 butelki po 5 ml | 05909991223588 |
| 431 | Brivaracetamum | Briviact, roztwór doustny, 10 mg/ml | 300 ml | 05909991272234 |
| 432 | Brivaracetamum | Briviact, tabl. powl., 50 mg | 56 szt. | 05909991272333 |
| 433 | Bromocriptinum | Bromocorn, tabl., 2,5 mg | 30 szt. | 05909990211913 |
| 434 | Budesonidum | BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml | 20 amp.po 2 ml | 05909991306144 |
| 435 | Budesonidum | BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml | 20 amp.po 2 ml | 05909991306151 |
| 436 | Budesonidum | Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml | 20 amp.po 2 ml | 05909991283629 |
| 437 | Budesonidum | Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml | 20 amp.po 2 ml | 05909991283650 |
| 438 | Budesonidum | Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml | 20 amp.po 2 ml | 05909991283698 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 439 | Budesonidum | Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę | 1 inh.po 200 daw. (zestaw startowy) | 05909990337354 |
| 440 | Budesonidum | Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę | 1 inh.po 200 daw. (zestaw startowy) | 05909990337323 |
| 441 | Budesonidum | Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 400 µg/dawkę | 1 inh.po 100 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy) | 05909990337286 |
| 442 | Budesonidum | Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inh. | 120 szt. | 05909991223793 |
| 443 | Budesonidum | Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inhalacyjną | 60 kaps. | 05909991204082 |
| 444 | Budesonidum | Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inh. | 120 szt. | 05909991223809 |
| 445 | Budesonidum | Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inhalacyjną | 60 kaps. | 05909991203986 |
| 446 | Budesonidum | Budiair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną | 1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. | 05909990335169 |
| 447 | Budesonidum | Budiair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną | 1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. z komorą inhalacyjną Jet | 05909990335176 |
| 448 | Budesonidum | Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml | 20 poj. 2 ml | 05906414002522 |
| 449 | Budesonidum | Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml | 20 poj. 2 ml | 05906414002539 |
| 450 | Budesonidum | CortimentMMX, tabl. o przedł. uwalnianiu, 9 mg | 30 szt. | 05909991205966 |
| 451 | Budesonidum | Entocort, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 3 mg | 100 szt. | 05909990430314 |
| 452 | Budesonidum | Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/2 ml | 20 szt. | 05909991107925 |
| 453 | Budesonidum | Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml | 20 amp. po 2 ml | 05909991005696 |
| 454 | Budesonidum | Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml | 20 amp. po 2 ml | 05909991005733 |
| 455 | Budesonidum | Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 200 daw. | 05909990677313 |
| 456 | Budesonidum | Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 100 daw. | 05909990677412 |
| 457 | Budesonidum | Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml | 20 poj.po 2 ml | 05909990445615 |
| 458 | Budesonidum | Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml | 20 poj.po 2 ml | 05909990445714 |
| 459 | Budesonidum | Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml | 20 poj.po 2 ml | 05909990445813 |
| 460 | Budesonidum | Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml | 20 poj.po 2 ml | 05909991233099 |
| 461 | Budesonidum | Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml | 20 poj.po 2 ml | 05909991269784 |
| 462 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh. po 60 dawek | 07613421020866 |
| 463 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh.po 60 daw. | 07613421047047 |
| 464 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną | 2 inh. po 60 dawek | 05907626709476 |
| 465 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh.po 120 daw. | 05909991137458 |
| 466 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh.po 60 daw. | 05909991137625 |
| 467 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg | 1 inhalator (120 dawek) | 05909991136932 |
| 468 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 320+9 µg | 1 inhalator (60 dawek) | 05909991136963 |
| 469 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę | 1 inh.po 60 daw. | 05903060620971 |
| 470 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę | 2 inh.po 60 daw. | 05903060620988 |
| 471 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 320+9 µg/dawkę | 1 inh.po 60 daw. | 05903060620995 |
| 472 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh. po 120 daw. | 05909990873074 |
| 473 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh.po 60 daw. | 05909990873241 |
| 474 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 80+4,5 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh.po 60 daw. | 05909990872886 |
| 475 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Symbicort, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh. po 120 daw. | 05000456011648 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 476 | Buprenorphinum | Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0,2 mg | 60 szt. | 05909991235635 |
| 477 | Buprenorphinum | Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0,4 mg | 30 szt. | 05909991235642 |
| 478 | Buprenorphinum | Melodyn 35 µg/h, system transdermalny, 20 mg | 5 szt. | 05909990938056 |
| 479 | Buprenorphinum | Melodyn 52,5 µg/h, system transdermalny, 30 mg | 5 szt. | 05909990938087 |
| 480 | Buprenorphinum | Melodyn 70 µg/h, system transdermalny, 40 mg | 5 szt. | 05909990938131 |
| 481 | Buprenorphinum | Transtec 35 µg/h, system transdermalny, 20 mg | 5 szt. (5 sasz.po 1 szt.) | 05909990966127 |
| 482 | Buprenorphinum | Transtec 52,5 µg/h, system transdermalny, 30 mg | 5 szt. (5 sasz.po 1 szt.) | 05909990966226 |
| 483 | Buprenorphinum | Transtec 70 µg/h, system transdermalny, 40 mg | 5 szt. (5 sasz.po 1 szt.) | 05909990966325 |
| 484 | Buspironi hydrochloridum | Spamilan, tabl., 10 mg | 60 szt. | 05909990073603 |
| 485 | Buspironi hydrochloridum | Spamilan, tabl., 10 mg | 60 szt. | 05909997201450 |
| 486 | Buspironi hydrochloridum | Spamilan, tabl., 10 mg | 60 szt. | 05909997213538 |
| 487 | Buspironi hydrochloridum | Spamilan, tabl., 5 mg | 60 szt. | 05909990073597 |
| 488 | Busulfanum | Myleran, tabl. powl., 2 mg | 25 szt. | 05909990277919 |
| 489 | Calcipotriolum + Betamethasonum | Betacal, żel, (50 µg+0,5 mg)/g | 1 but.po 30 g | 05901549565249 |
| 490 | Calcipotriolum + Betamethasonum | Betacal, żel, (50 µg+0,5 mg)/g | 1 but.po 60 g | 05901549565256 |
| 491 | Calcipotriolum + Betamethasonum | Daivobet, maść, (50 µg+0,5 mg)/g | 1 tuba po 30 g | 05909990979738 |
| 492 | Calcipotriolum + Betamethasonum | Daivobet, żel, (50 µg+0,5 mg)/g | 1 but.po 30 g | 05909990948376 |
| 493 | Calcipotriolum + Betamethasonum | Daivobet, żel, (50 µg+0,5 mg)/g | 1 but.po 60 g | 05909990948383 |
| 494 | Calcipotriolum + Betamethasonum | Duosone, żel, (50 µg+0,5 mg)/g | 1 tuba po 30 g | 03830070472080 |
| 495 | Calcipotriolum + Betamethasonum | Duosone, żel, (50 µg+0,5 mg)/g | 1 tuba po 60 g | 03830070472097 |
| 496 | Calcipotriolum + Betamethasonum | Psotriol, maść, (50 µg+0,5 mg)/g | 1 tuba po 60 g | 05909991409999 |
| 497 | Calcipotriolum + Betamethasonum | Psotriol, żel, (50 µg+0,5 mg)/g | 1 but.po 60 g | 05909991441029 |
| 498 | Candesartanum cilexetili | Candepres, tabl., 16 mg | 28 szt. | 05909991433109 |
| 499 | Candesartanum cilexetili | Candepres, tabl., 32 mg | 30 szt. | 05909991453398 |
| 500 | Candesartanum cilexetili | Candepres, tabl., 32 mg | 28 szt. | 05909991466602 |
| 501 | Candesartanum cilexetili | Candepres, tabl., 32 mg | 30 szt. | 05909991499655 |
| 502 | Candesartanum cilexetili | Carzap, tabl., 16 mg | 28 szt. | 05909990937172 |
| 503 | Candesartanum cilexetili | Carzap, tabl., 16 mg | 56 szt. | 05909990937196 |
| 504 | Candesartanum cilexetili | Carzap, tabl., 16 mg | 28 szt. | 05909991453329 |
| 505 | Candesartanum cilexetili | Carzap, tabl., 16 mg | 56 szt. | 05909991453336 |
| 506 | Candesartanum cilexetili | Carzap, tabl., 16 mg | 28 szt. | 05909991454883 |
| 507 | Candesartanum cilexetili | Carzap, tabl., 16 mg | 56 szt. | 05909991454890 |
| 508 | Candesartanum cilexetili | Carzap, tabl., 16 mg | 28 szt. | 05909991455057 |
| 509 | Candesartanum cilexetili | Carzap, tabl., 16 mg | 56 szt. | 05909991455064 |
| 510 | Candesartanum cilexetili | Carzap, tabl., 16 mg | 30 szt. | 05909991496456 |
| 511 | Candesartanum cilexetili | Carzap, tabl., 16 mg | 60 szt. | 05909991496463 |
| 512 | Candesartanum cilexetili | Carzap, tabl., 32 mg | 28 szt. | 05909990937264 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 513 | Candesartanum cilexetili | Carzap, tabl., 32 mg | 30 szt. | 05909991448912 |
| 514 | Candesartanum cilexetili | Carzap, tabl., 32 mg | 28 szt. | 05909991453367 |
| 515 | Candesartanum cilexetili | Carzap, tabl., 32 mg | 28 szt. | 05909991454777 |
| 516 | Candesartanum cilexetili | Carzap, tabl., 32 mg | 28 szt. | 05909991455118 |
| 517 | Candesartanum cilexetili | Carzap, tabl., 8 mg | 28 szt. | 05909990937080 |
| 518 | Candesartanum cilexetili | Carzap, tabl., 8 mg | 56 szt. | 05909990937103 |
| 519 | Candesartanum cilexetili | Carzap, tabletki, 32 mg | 30 szt. | 05909991438876 |
| 520 | Candesartanum cilexetili | Kandesar, tabl., 16 mg | 28 szt. | 05909990962945 |
| 521 | Candesartanum cilexetili | Kandesar, tabl., 8 mg | 28 szt. | 05909990962839 |
| 522 | Candesartanum cilexetili | Karbis, tabl., 16 mg | 28 szt. | 05909990772193 |
| 523 | Candesartanum cilexetili | Karbis, tabl., 16 mg | 30 szt. | 05909991475680 |
| 524 | Candesartanum cilexetili | Karbis, tabl., 16 mg | 60 szt. | 05909991475697 |
| 525 | Candesartanum cilexetili | Karbis, tabl., 32 mg | 30 szt. | 05909991475505 |
| 526 | Candesartanum cilexetili | Karbis, tabl., 32 mg | 30 szt. | 05909991475758 |
| 527 | Candesartanum cilexetili | Karbis, tabl., 8 mg | 28 szt. | 05909990772162 |
| 528 | Candesartanum cilexetili | Karbis, tabl., 8 mg | 30 szt. | 05909991475666 |
| 529 | Candesartanum cilexetili | Karbis, tabl., 8 mg | 60 szt. | 05909991475673 |
| 530 | Candesartanum cilexetili | Ranacand, tabl., 16 mg | 28 szt. | 05909990801350 |
| 531 | Candesartanum cilexetili | Ranacand, tabl., 8 mg | 28 szt. | 05909990801367 |
| 532 | Candesartanum cilexetilum | Candepres, tabl., 16 mg | 28 szt. | 05909990739653 |
| 533 | Candesartanum cilexetilum | Candepres, tabl., 32 mg | 28 szt. | 05909990739707 |
| 534 | Candesartanum cilexetilum | Candepres, tabl., 8 mg | 28 szt. | 05909990739592 |
| 535 | Candesartanum cilexetilum | Karbis, tabl., 16 mg | 56 tabl. | 05909990772209 |
| 536 | Candesartanum cilexetilum | Karbis, tabl., 32 mg | 28 tabl. | 05909990772230 |
| 537 | Candesartanum cilexetilum | Karbis, tabl., 8 mg | 56 tabl. | 05909990772179 |
| 538 | Carbamazepinum | Amizepin, tabl., 200 mg | 50 szt. | 05909990043910 |
| 539 | Carbamazepinum | Finlepsin 200 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 50 szt. | 05909991030315 |
| 540 | Carbamazepinum | Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg | 30 szt. | 05909991014216 |
| 541 | Carbamazepinum | Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg | 50 szt. | 05909991014223 |
| 542 | Carbamazepinum | Finlepsin, tabl., 200 mg | 50 szt. | 05909991014117 |
| 543 | Carbamazepinum | Neurotop retard 300, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg | 50 szt. | 05909990244515 |
| 544 | Carbamazepinum | Neurotop retard 600, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 600 mg | 50 szt. | 05909990244614 |
| 545 | Carbamazepinum | Tegretol CR 200, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg | 50 szt. | 05909990120215 |
| 546 | Carbamazepinum | Tegretol CR 400, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 400 mg | 30 szt. | 05909990120116 |
| 547 | Carbamazepinum | Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml | 100 ml | 05909990341917 |
| 548 | Carbamazepinum | Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml | 250 ml | 05909990341924 |
| 549 | Carvedilolum | Atram 12,5, tabl., 12,5 mg | 30 szt. | 05909990570430 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 550 | Carvedilolum | Atram 25, tabl., 25 mg | 30 szt. | 05909990570409 |
| 551 | Carvedilolum | Atram 6,25, tabl., 6,25 mg | 30 szt. | 05909990570454 |
| 552 | Carvedilolum | Avedol, tabl. powl., 12,5 mg | 30 szt. | 05909990074099 |
| 553 | Carvedilolum | Avedol, tabl. powl., 25 mg | 30 szt. | 05909990074129 |
| 554 | Carvedilolum | Avedol, tabl. powl., 6,25 mg | 30 szt. | 05909990074051 |
| 555 | Carvedilolum | Carvedilol-ratiopharm, tabl., 12,5 mg | 30 szt. | 05909990727148 |
| 556 | Carvedilolum | Carvedilol-ratiopharm, tabl., 25 mg | 30 szt. | 05909990727193 |
| 557 | Carvedilolum | Carvedilol-ratiopharm, tabl., 6,25 mg | 30 szt. | 05909990727100 |
| 558 | Carvedilolum | Carvetrend, tabl., 12,5 mg | 30 szt. | 05909991017019 |
| 559 | Carvedilolum | Carvetrend, tabl., 25 mg | 30 szt. | 05909991017118 |
| 560 | Carvedilolum | Carvetrend, tabl., 3,125 mg | 30 szt. | 05909991016814 |
| 561 | Carvedilolum | Carvetrend, tabl., 6,25 mg | 30 szt. | 05909991016913 |
| 562 | Carvedilolum | Coryol 12,5 mg, tabl., 12,5 mg | 30 szt. | 05909990216505 |
| 563 | Carvedilolum | Coryol 25 mg, tabl., 25 mg | 30 szt. | 05909990216567 |
| 564 | Carvedilolum | Coryol 3,125 mg, tabl., 3,125 mg | 30 szt. | 05909990216604 |
| 565 | Carvedilolum | Coryol, tabl., 6,25 mg | 30 szt. | 05909990983315 |
| 566 | Carvedilolum | Vivacor, tabl., 12,5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990687909 |
| 567 | Carvedilolum | Vivacor, tabl., 12,5 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990687930 |
| 568 | Carvedilolum | Vivacor, tabl., 25 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990687862 |
| 569 | Carvedilolum | Vivacor, tabl., 25 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990687879 |
| 570 | Carvedilolum | Vivacor, tabl., 6,25 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990687886 |
| 571 | Carvedilolum | Vivacor, tabl., 6,25 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990687893 |
| 572 | Cefaclorum | Ceclor MR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 375 mg | 10 szt. | 05909990676514 |
| 573 | Cefaclorum | Ceclor MR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg | 10 szt. | 05909990676613 |
| 574 | Cefaclorum | Ceclor MR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg | 14 szt. | 05909990676620 |
| 575 | Cefaclorum | Ceclor MR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg | 10 szt. | 05909990676712 |
| 576 | Cefaclorum | Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml | 1 but.po 47,60 g/75 ml zawiesiny | 05909990137411 |
| 577 | Cefaclorum | Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml | 1 but.po 63,47 g/100 ml zawiesiny | 05909990137428 |
| 578 | Cefaclorum | Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml | 1 but.po 47,60 g/75 ml zawiesiny | 05909990137510 |
| 579 | Cefaclorum | Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml | 1 but.po 63,47 g/100 ml zawiesiny | 05909990137527 |
| 580 | Cefaclorum | Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 375 mg/5 ml | 1 but.po 47,60 g/75 ml zawiesiny | 05909990775910 |
| 581 | Cefaclorum | Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 375 mg/5 ml | 1 but.po 63,47 g/100 ml zawiesiny | 05909990775927 |
| 582 | Cefuroximum | Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 mg | 26 ml | 05909990059515 |
| 583 | Cefuroximum | Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 250 mg | 17 ml | 05909990806812 |
| 584 | Cefuroximum | Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 500 mg | 17 ml | 05909990806911 |
| 585 | Cefuroximum | Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 750 mg | 17 ml | 05909990059416 |
| 586 | Cefuroximum | Bioracef, tabl. powl., 250 mg | 10 szt. | 05909990063840 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 587 | Cefuroximum | Bioracef, tabl. powl., 250 mg | 14 szt. | 05909990063857 |
| 588 | Cefuroximum | Bioracef, tabl. powl., 500 mg | 10 szt. | 05909990063697 |
| 589 | Cefuroximum | Bioracef, tabl. powl., 500 mg | 14 szt. | 05909990063703 |
| 590 | Cefuroximum | Cefox, tabl. powl., 250 mg | 10 szt. | 05909991255145 |
| 591 | Cefuroximum | Cefox, tabl. powl., 250 mg | 14 szt. | 05909991255152 |
| 592 | Cefuroximum | Cefox, tabl. powl., 500 mg | 10 szt. | 05909991255183 |
| 593 | Cefuroximum | Cefox, tabl. powl., 500 mg | 14 szt. | 05909991255190 |
| 594 | Cefuroximum | Cefuroxime Axetil Aurovitas, tabl. powl., 500 mg | 10 szt. | 05909991312831 |
| 595 | Cefuroximum | Cefuroxime Axetil Aurovitas, tabl. powl., 500 mg | 14 szt. | 05909991312855 |
| 596 | Cefuroximum | Cefuroxime Genoptim, tabl. powl., 500 mg | 10 szt. | 05909991353483 |
| 597 | Cefuroximum | Cefuroxime Genoptim, tabl. powl., 500 mg | 14 szt. | 05909991353490 |
| 598 | Cefuroximum | Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml | 1 but.po 50 ml | 05909991009212 |
| 599 | Cefuroximum | Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml | 1 but.po 100 ml | 05909991009229 |
| 600 | Cefuroximum | Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml | 1 but.po 50 ml | 05909991009113 |
| 601 | Cefuroximum | Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml | 1 but.po 100 ml | 05909991009120 |
| 602 | Cefuroximum | Ceroxim, tabl. powl., 250 mg | 10 szt. | 05909991263331 |
| 603 | Cefuroximum | Ceroxim, tabl. powl., 250 mg | 14 szt. | 05909991263355 |
| 604 | Cefuroximum | Ceroxim, tabl. powl., 250 mg | 20 szt. | 05909991263362 |
| 605 | Cefuroximum | Ceroxim, tabl. powl., 500 mg | 20 szt. | 05909991263416 |
| 606 | Cefuroximum | Ceroxim, tabletki powlekane, 500 mg | 10 tabl. | 05909991263386 |
| 607 | Cefuroximum | Ceroxim, tabletki powlekane, 500 mg | 14 tabl. | 05909991263409 |
| 608 | Cefuroximum | Furocef, tabl. powl., 500 mg | 10 szt. | 05909991231194 |
| 609 | Cefuroximum | Furocef, tabl. powl., 500 mg | 14 szt. | 05909991231217 |
| 610 | Cefuroximum | Xorimax 250, tabl. drażowane, 250 mg | 14 szt. | 05907626701753 |
| 611 | Cefuroximum | Xorimax 250, tabl. drażowane, 250 mg | 10 szt. | 05909990224951 |
| 612 | Cefuroximum | Xorimax 500, tabl. drażowane, 500 mg | 14 szt. | 05907626701760 |
| 613 | Cefuroximum | Xorimax 500, tabl. drażowane, 500 mg | 10 szt. | 05909990224456 |
| 614 | Cefuroximum | Xorimax 500, tabl. powl., 500 mg | 10 szt. | 05909991265328 |
| 615 | Cefuroximum | Zamur 250, tabl. powl., 250 mg | 10 szt. | 05909990216383 |
| 616 | Cefuroximum | Zamur 250, tabl. powl., 250 mg | 14 szt. | 05909991067946 |
| 617 | Cefuroximum | Zamur 500, tabl. powl., 500 mg | 10 szt. | 05909990216390 |
| 618 | Cefuroximum | Zamur 500, tabl. powl., 500 mg | 14 szt. | 05909991067953 |
| 619 | Cefuroximum | Zamur 500, tabl. powl., 500 mg | 8 szt. | 05909991471620 |
| 620 | Cefuroximum | Zamur 500, tabl. powl., 500 mg | 16 szt. | 05909991471637 |
| 621 | Cefuroximum | Zinnat, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml | 1 but.po 50 ml | 05909990051335 |
| 622 | Cefuroximum | Zinnat, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml | 1 but.po 100 ml | 05909990051342 |
| 623 | Cefuroximum | Zinnat, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml | 1 but.po 50 ml (39,98 g granulatu) | 05909990468812 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 624 | Cefuroximum | Zinnat, tabl. powl., 125 mg | 10 szt. | 05909990083213 |
| 625 | Cefuroximum | Zinnat, tabl. powl., 250 mg | 10 szt. | 05909990083312 |
| 626 | Cefuroximum | Zinnat, tabl. powl., 500 mg | 10 szt. | 05909990083411 |
| 627 | Cefuroximum | Zinnat, tabl. powl., 500 mg | 14 szt. | 05909990083435 |
| 628 | Cefuroximum | Zinnat, tabl. powl., 500 mg | 10 szt. | 05909991283575 |
| 629 | Cefuroximum | Zinnat, tabl. powl., 500 mg | 10 szt. | 05909991399290 |
| 630 | Cefuroximum | Zinnat, tabl. powl., 500 mg | 14 szt. | 05909991418212 |
| 631 | Cefuroximum | Zinnat, tabl. powl., 500 mg | 14 szt. | 05909991425203 |
| 632 | Cefuroximum | Zinnat, tabl. powl., 500 mg | 10 szt. | 05909991433093 |
| 633 | Cefuroximum | Zinnat, tabl. powl., 500 mg | 10 szt. | 05909997196077 |
| 634 | Cefuroximum | Zinnat, tabl. powl., 500 mg | 10 szt. | 05909997200118 |
| 635 | Cefuroximum | Zinnat, tabl. powl., 500 mg | 10 szt. | 05909997210605 |
| 636 | Cefuroximum | Zinoxx, tabl. powl., 250 mg | 10 szt. | 05909991082932 |
| 637 | Cefuroximum | Zinoxx, tabl. powl., 500 mg | 10 szt. | 05909991082949 |
| 638 | Cefuroximum | Zinoxx, tabl. powl., 500 mg | 14 szt. | 05909991401641 |
| 639 | Cetirizine dihydrochloride | Amertil, tabl. powl., 10 mg | 20 szt. | 05909990410729 |
| 640 | Cetirizine dihydrochloride | Amertil, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909990410736 |
| 641 | Cetirizini dihydrochloridum | Alermed, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909990910793 |
| 642 | Cetirizini dihydrochloridum | Allertec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml | 1 butelka 10 ml | 05909991103811 |
| 643 | Cetirizini dihydrochloridum | Allertec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml | 1 butelka 20 ml | 05909991103835 |
| 644 | Cetirizini dihydrochloridum | Allertec, syrop, 5 mg/5 ml | 1 but.po 100 ml | 05909990851119 |
| 645 | Cetirizini dihydrochloridum | Allertec, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909990569441 |
| 646 | Cetirizini dihydrochloridum | Amertil, tabl. powl., 10 mg | 60 szt. | 05907695215250 |
| 647 | Cetirizini dihydrochloridum | Letizen, tabl. powl., 10 mg | 20 szt. | 05909990869725 |
| 648 | Cetirizini dihydrochloridum | Zyrtec, krople doustne, 10 mg/ml | 20 ml | 05909990184736 |
| 649 | Cetirizini dihydrochloridum | Zyrtec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml | 1 but. 20 ml | 05909991386672 |
| 650 | Cetirizini dihydrochloridum | Zyrtec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml | 1 but. 20 ml | 05909991457020 |
| 651 | Cetirizini dihydrochloridum | Zyrtec, roztwór doustny, 1 mg/ml | 1 but. po 75 ml | 05909990781515 |
| 652 | Cetirizinum | Zyrtec, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909990184637 |
| 653 | Chlorambucilum | Leukeran, tabl. powl., 2 mg | 25 szt. | 05909990345618 |
| 654 | Chloroquinum | Arechin, tabl., 250 mg | 30 szt. | 05909991139582 |
| 655 | Chlorprothixeni hydrochloridum | Chlorprothixen Hasco, tabl. powl., 15 mg | 50 szt. | 05909991474409 |
| 656 | Chlorprothixeni hydrochloridum | Chlorprothixen Hasco, tabl. powl., 50 mg | 50 szt. | 05909991474416 |
| 657 | Chlorprothixeni hydrochloridum | Chlorprothixen Zentiva, tabl. powl., 15 mg | 50 szt. | 05909990203017 |
| 658 | Chlorprothixeni hydrochloridum | Chlorprothixen Zentiva, tabl. powl., 50 mg | 50 szt. | 05909990203116 |
| 659 | Ciclesonidum | Alvesco 160, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160 µg | 1 poj. 120 daw. | 05909990212064 |
| 660 | Ciclesonidum | Alvesco 80, aerozol inhalacyjny, roztwór, 80 µg | 1 poj. 120 daw. | 05909990212057 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 661 | Ciclosporinum | Cyclaid, kaps. miękkie, 100 mg | 50 szt. | 05909990787463 |
| 662 | Ciclosporinum | Cyclaid, kaps. miękkie, 25 mg | 50 szt. | 05909990787289 |
| 663 | Ciclosporinum | Cyclaid, kaps. miękkie, 50 mg | 50 szt. | 05909990787357 |
| 664 | Ciclosporinum | Equoral, kaps. elastyczne, 100 mg | 50 szt. | 05909990946624 |
| 665 | Ciclosporinum | Equoral, kaps. elastyczne, 25 mg | 50 szt. | 05909990946426 |
| 666 | Ciclosporinum | Equoral, kaps. elastyczne, 50 mg | 50 szt. | 05909990946525 |
| 667 | Ciclosporinum | Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml | 50 ml | 05909990946716 |
| 668 | Ciclosporinum | Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml | 50 ml | 05909991460679 |
| 669 | Ciclosporinum | Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml | 50 ml | 05909991480424 |
| 670 | Ciclosporinum | Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 10 mg | 60 szt. | 05909990406111 |
| 671 | Ciclosporinum | Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 100 mg | 50 szt. | 05909990336814 |
| 672 | Ciclosporinum | Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 25 mg | 50 szt. | 05909990336616 |
| 673 | Ciclosporinum | Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 50 mg | 50 szt. | 05909990336715 |
| 674 | Ciclosporinum | Sandimmun Neoral, roztwór doustny, 100 mg/ml | 50 ml | 05909990336913 |
| 675 | Ciprofloxacinum | Ciphin 500, tabl. powl., 500 mg | 10 szt. | 05909990499113 |
| 676 | Ciprofloxacinum | Ciprinol, tabl. powl., 250 mg | 10 szt. | 05909990066414 |
| 677 | Ciprofloxacinum | Ciprinol, tabl. powl., 500 mg | 10 szt. | 05909990066216 |
| 678 | Ciprofloxacinum | Cipronex, tabl. powl., 250 mg | 10 szt. | 05909990308514 |
| 679 | Ciprofloxacinum | Cipronex, tabl. powl., 500 mg | 10 szt. | 05909990334964 |
| 680 | Ciprofloxacinum | Cipropol, tabl. powl., 500 mg | 10 szt. | 05909990729012 |
| 681 | Ciprofloxacinum | Proxacin 250, tabl. powl., 250 mg | 10 szt. | 05909991033514 |
| 682 | Ciprofloxacinum | Proxacin 500, tabl. powl., 500 mg | 10 szt. | 05909991033613 |
| 683 | Clarithromycinum | Fromilid 250, tabl. powl., 250 mg | 14 szt. | 05909990773626 |
| 684 | Clarithromycinum | Fromilid 500, tabl. powl., 500 mg | 14 szt. | 05909990781010 |
| 685 | Clarithromycinum | Fromilid 500, tabl. powl., 500 mg | 28 szt. | 05909991036546 |
| 686 | Clarithromycinum | Klabax EC, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml | 1 but.po 60 ml | 05909991426446 |
| 687 | Clarithromycinum | Klabax EC, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml | 1 but.po 100 ml | 05909991426453 |
| 688 | Clarithromycinum | Klabax EC, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml | 1 but.po 100 ml | 05909991426477 |
| 689 | Clarithromycinum | Klabax EC, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml | 1 but.po 60 ml | 05909991426491 |
| 690 | Clarithromycinum | Klabax, tabl. powl., 250 mg | 14 szt. (1 blist.po 14 szt.) | 05909990081165 |
| 691 | Clarithromycinum | Klabax, tabl. powl., 500 mg | 14 szt. | 05909990045532 |
| 692 | Clarithromycinum | Klabax, tabl. powl., 500 mg | 20 szt. | 05909990045549 |
| 693 | Clarithromycinum | Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml | 60 ml | 05909990331710 |
| 694 | Clarithromycinum | Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml | 100 ml | 05909990331727 |
| 695 | Clarithromycinum | Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml | 1 but. po 60 ml | 05909990780624 |
| 696 | Clarithromycinum | Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml | 1 but. po 100 ml | 05909990780631 |
| 697 | Clarithromycinum | Klacid, tabl. powl., 250 mg | 10 szt. | 05909990331819 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 698 | Clarithromycinum | Klacid, tabl. powl., 250 mg | 14 szt. | 05909990331826 |
| 699 | Clarithromycinum | Klacid, tabl. powl., 500 mg | 14 szt. | 05909990719419 |
| 700 | Clarithromycinum | Klarmin, tabl. powl., 500 mg | 14 szt. | 05909991030117 |
| 701 | Clarithromycinum | Taclar, tabl. powl., 500 mg | 14 szt. | 05909991023416 |
| 702 | Clindamycinum | Clindamycin-MIP 300, tabl. powl., 300 mg | 16 szt. | 05909991001438 |
| 703 | Clindamycinum | Clindamycin-MIP 600, tabl. powl., 600 mg | 12 szt. | 05909991001520 |
| 704 | Clindamycinum | Clindamycin-MIP 600, tabl. powl., 600 mg | 16 szt. | 05909991001537 |
| 705 | Clindamycinum | Clindamycin-MIP 600, tabl. powl., 600 mg | 30 szt. | 05909991001544 |
| 706 | Clindamycinum | Clindanea, tabl. powl., 600 mg | 12 szt. | 05909991414207 |
| 707 | Clindamycinum | Dalacin C, kaps., 150 mg | 16 szt. | 05909990071210 |
| 708 | Clindamycinum | Dalacin C, kaps., 300 mg | 16 szt. | 05909990306435 |
| 709 | Clindamycinum | Dalacin C, kaps., 75 mg | 16 szt. | 05909990071111 |
| 710 | Clindamycinum | Klimicin, kaps. twarde, 300 mg | 16 szt. | 05907626707397 |
| 711 | Clindamycinum | Klimicin, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 300 mg/2 ml | 5 amp.po 2 ml | 05909990067510 |
| 712 | Clobetasoli propionas | Dermovate, roztwór na skórę, 0,5 mg/ml | 50 ml | 05909990369928 |
| 713 | Clobetasoli propionas | Dermovate, roztwór na skórę, 0,5 mg/ml | 50 ml | 05909997013800 |
| 714 | Clobetasoli propionas | Dermovate, roztwór na skórę, 0,5 mg/ml | 50 ml | 05909997196497 |
| 715 | Clomipramini hydrochloridum | Anafranil SR 75, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg | 20 szt. | 05909990295111 |
| 716 | Clomipramini hydrochloridum | Anafranil, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909990294916 |
| 717 | Clomipramini hydrochloridum | Anafranil, tabl. powl., 25 mg | 30 szt. | 05909990295012 |
| 718 | Clonazepamum | Clonazepamum TZF, tabl., 0,5 mg | 30 szt. | 05909990135615 |
| 719 | Clonazepamum | Clonazepamum TZF, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909990135516 |
| 720 | Cloxacillinum | Syntarpen, tabl. powl., 500 mg | 16 szt. | 05909990295715 |
| 721 | Clozapinum | Clopizam, tabl., 100 mg | 50 szt. | 05909991327705 |
| 722 | Clozapinum | Clopizam, tabl., 100 mg | 100 szt. | 05909991327736 |
| 723 | Clozapinum | Clopizam, tabl., 25 mg | 50 szt. | 05909991327606 |
| 724 | Clozapinum | Klozapol, tabl., 100 mg | 50 szt. | 05909990139521 |
| 725 | Clozapinum | Klozapol, tabl., 25 mg | 50 szt. | 05909990139422 |
| 726 | Clozapinum | Symcloza, tabl., 100 mg | 50 szt. | 05909991373443 |
| 727 | Clozapinum | Symcloza, tabl., 200 mg | 50 szt. | 05909991373467 |
| 728 | Clozapinum | Symcloza, tabl., 25 mg | 50 szt. | 05909991373382 |
| 729 | Colecalciferolum | Juvit D3, krople doustne, roztwór, 20000 j.m./ml | 10 ml | 05909991047818 |
| 730 | Colistimethatum natricum | Colistin TZF, liofilizat do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, infuzji i inhalacji, 1000000 IU | 20 fiol. | 05909990366514 |
| 731 | Collagenasum | Iruxol Mono, maść, 1,2 j./g | 20 g | 05909990015412 |
| 732 | Conestatum alfa | Ruconest, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2100 j. | 1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw do podawania | 08718309680077 |
| 733 | Cyanocobalaminum (vit. B12) | Vitaminum B12 WZF, roztwór do wstrzykiwań, 500 µg/ml | 5 amp.po 2 ml | 05909990244010 |
| 734 | Cyclophosphamidum | Endoxan, tabl. drażowane, 50 mg | 50 szt. | 05909990240814 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 735 | Czterowalentna szczepionka przeciw grypie (rozszczepiony wirion), inaktywowana | VaxigripTetra, zawiesina do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 1 dawka | 1 amp.-strzyk. 0,5 ml z igłą | 05909991302108 |
| 736 | Desloratadinum | Dasselta, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909991032838 |
| 737 | Desloratadinum | Dasselta, tabl. powl., 5 mg | 90 szt. | 05909991032852 |
| 738 | Desloratadinum | Delortan, roztwór doustny, 0,5 mg/ml | 1 but.po 120 ml | 05909990969364 |
| 739 | Desloratadinum | Delortan, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909990969654 |
| 740 | Desloratadinum | Delortan, tabl. powl., 5 mg | 90 szt. | 05909990969678 |
| 741 | Desloratadinum | Deslodyna, roztwór doustny, 0,5 mg/ml | 150 ml (but.) | 05909990964574 |
| 742 | Desloratadinum | Deslodyna, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909990964611 |
| 743 | Desloratadinum | Desloratadine Aurovitas, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909991359454 |
| 744 | Desloratadinum | Desloratadine Aurovitas, tabl. powl., 5 mg | 90 szt. | 05909991359478 |
| 745 | Desloratadinum | Desloratadine Aurovitas, tabl. powl., 5 mg | 60 szt. | 08901175035427 |
| 746 | Desloratadinum | Dynid, roztwór doustny, 0,5 mg/ml | 150 ml | 05909990975921 |
| 747 | Desloratadinum | Dynid, tabl., 5 mg | 60 szt. | 05902020241669 |
| 748 | Desloratadinum | Dynid, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990979981 |
| 749 | Desloratadinum | Hitaxa, roztwór doustny, 0,5 mg/ml | 1 but.po 150 ml | 05909990981458 |
| 750 | Desloratadinum | Hitaxa, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2,5 mg | 30 szt. | 05909990981359 |
| 751 | Desloratadinum | Hitaxa, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 30 szt. | 05909990981373 |
| 752 | Desloratadinum | Jovesto, tabl. powl., 5 mg | 60 szt. | 05909990994533 |
| 753 | Desloratadinum | Jovesto, tabl. powl., 5 mg | 90 szt. | 05909990994540 |
| 754 | Desloratadinum | Jovesto, tabl. powl., 5 mg | 60 szt. | 05909991480172 |
| 755 | Desloratadinum | Jovesto, tabl. powl., 5 mg | 90 szt. | 05909991480189 |
| 756 | Desloratadinum | Jovesto, tabl. powl., 5 mg | 60 szt. | 05909991499785 |
| 757 | Desloratadinum | Jovesto, tabl. powl., 5 mg | 90 szt. | 05909991499792 |
| 758 | Desmopressinum | Minirin Melt, liofilizat doustny, 120 µg | 30 szt. | 05909990068548 |
| 759 | Desmopressinum | Minirin Melt, liofilizat doustny, 240 µg | 30 szt. | 05909990068579 |
| 760 | Desmopressinum | Minirin Melt, liofilizat doustny, 60 µg | 30 szt. | 05909990068494 |
| 761 | Dexamethasonum | Demezon, tabl., 1 mg | 40 szt. | 05909991389178 |
| 762 | Dexamethasonum | Demezon, tabl., 4 mg | 20 szt. | 05909991389208 |
| 763 | Dexamethasonum | Dexamethasone KRKA, tabl., 20 mg | 20 szt. | 05909991297763 |
| 764 | Dexamethasonum | Dexamethasone Krka, tabl., 20 mg | 20 szt. | 05909991484729 |
| 765 | Dexamethasonum | Dexamethasone KRKA, tabl., 4 mg | 20 szt. | 05909991297480 |
| 766 | Dexamethasonum | Dexamethasone KRKA, tabl., 40 mg | 20 szt. | 05909991297879 |
| 767 | Dexamethasonum | Dexamethasone KRKA, tabl., 8 mg | 20 szt. | 05909991297633 |
| 768 | Dexamethasonum | Dexamethasone Krka, tabl., 8 mg | 20 szt. | 05909991472603 |
| 769 | Dexamethasonum | Pabi-Dexamethason, tabl., 1 mg | 20 szt. | 05904374007854 |
| 770 | Dexamethasonum | Pabi-Dexamethason, tabl., 20 mg | 20 szt. | 05900411007351 |
| 771 | Dexamethasonum | Pabi-Dexamethason, tabl., 4 mg | 20 szt. | 05900411007276 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 772 | Dexamethasonum | Pabi-Dexamethason, tabl., 500 µg | 20 szt. | 05904374007861 |
| 773 | Dexamethasonum | Pabi-Dexamethason, tabl., 8 mg | 20 szt. | 05900411007313 |
| 774 | Diazepamum | Relsed, mikrowlewka doodbytnicza, roztwór, 2 mg/ml | 5 mikrowlewek a 2,5 ml | 05909990751518 |
| 775 | Diazepamum | Relsed, mikrowlewka doodbytnicza, roztwór, 4 mg/ml | 5 mikrowlewek a 2,5 ml | 05909990751617 |
| 776 | Dienogest | Diemono, tabl. powl., 2 mg | 28 szt. | 05909991405120 |
| 777 | Dienogestum | Aridya, tabl. powl., 2 mg | 28 szt. | 05909991430702 |
| 778 | Dienogestum | Diemono, tabl. powl., 2 mg | 28 szt. | 05909991473341 |
| 779 | Dienogestum | Diemono, tabl. powl., 2 mg | 28 szt. | 05909991487270 |
| 780 | Dienogestum | Endovelle, tabl., 2 mg | 28 szt. | 05909991398569 |
| 781 | Dienogestum | Endovelle, tabl., 2 mg | 84 szt. | 05909991398576 |
| 782 | Dienogestum | Probella, tabl., 2 mg | 28 szt. | 05909991396978 |
| 783 | Dienogestum | Symdieno, tabl. powl., 2 mg | 28 szt. | 05909991392871 |
| 784 | Dienogestum | Visanne, tabl., 2 mg | 28 szt. | 05909990776962 |
| 785 | Dienogestum | Zafrilla, tabl., 2 mg | 28 szt. | 05907594032552 |
| 786 | Dihydrocodeini tartras | DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg | 60 szt. | 05909990217045 |
| 787 | Dihydrocodeini tartras | DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 90 mg | 60 szt. | 05909990217069 |
| 788 | Dornasum alfa | Pulmozyme, roztwór do nebulizacji, 1 mg/ml | 30 amp.a 2,5 ml | 05909990375813 |
| 789 | Dorzolamidum | Nodofree, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml | 1 but. po 5 ml | 05909991344306 |
| 790 | Dorzolamidum | Nodofree, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml | 3 but. po 5 ml | 05909991344313 |
| 791 | Dorzolamidum | Nodom, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml | 3 butelki po 5 ml | 05900257101015 |
| 792 | Dorzolamidum | Nodom, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909990942855 |
| 793 | Dorzolamidum | Rozalin, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml | 3 but.po 5 ml | 05906414000962 |
| 794 | Dorzolamidum | Rozalin, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909990643929 |
| 795 | Dorzolamidum | Trusopt, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909990661329 |
| 796 | Dorzolamidum | Vizidor, krople do oczu, 20 mg/ml | 1 butelka po 5 ml | 05909991310936 |
| 797 | Dorzolamidum | Vizidor, krople do oczu, 20 mg/ml | 3 butelki po 5 ml | 05909991310943 |
| 798 | Dorzolamidum + Timololum | Cosopt, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909990442423 |
| 799 | Dorzolamidum + Timololum | Nodofree Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml | 1 but. po 5 ml | 05909991340674 |
| 800 | Dorzolamidum + Timololum | Nodofree Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml | 3 but. po 5 ml | 05909991340681 |
| 801 | Dorzolamidum + Timololum | Nodom Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909991067267 |
| 802 | Dorzolamidum + Timololum | Nodom Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml | 3 but.po 5 ml | 05909991067274 |
| 803 | Dorzolamidum + Timololum | Oftidorix, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml | 5 ml | 05909990866144 |
| 804 | Dorzolamidum + Timololum | Rozacom, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml | 3 but.po 5 ml | 05906414000955 |
| 805 | Dorzolamidum + Timololum | Rozacom, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909990746705 |
| 806 | Dorzolamidum + Timololum | Vizidor Duo, krople do oczu, 20 + 5 mg/ml | 1 butelka po 5 ml | 05909991311049 |
| 807 | Dorzolamidum + Timololum | Vizidor Duo, krople do oczu, 20 + 5 mg/ml | 3 butelki po 5 ml | 05909991311056 |
| 808 | Doxazosini mesilas | Doxazosin Aurovitas, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909991305291 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 809 | Doxazosini mesilas | Doxazosin Aurovitas, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909991305420 |
| 810 | Doxazosinum | Adadox, tabletki, 2 mg | 30 szt. | 05909990901890 |
| 811 | Doxazosinum | Adadox, tabletki, 4 mg | 30 szt. | 05909990902255 |
| 812 | Doxazosinum | Adadox, tabletki, 4 mg | 90 szt. | 05909990902293 |
| 813 | Doxazosinum | Apo-Doxan 1, tabl., 1 mg | 30 szt. | 05909990969517 |
| 814 | Doxazosinum | Apo-Doxan 2, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909990969616 |
| 815 | Doxazosinum | Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909990969715 |
| 816 | Doxazosinum | Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg | 60 szt. | 05909991271367 |
| 817 | Doxazosinum | Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg | 30 szt. | 05909990431410 |
| 818 | Doxazosinum | Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 8 mg | 30 szt. | 05909990431519 |
| 819 | Doxazosinum | Doxanorm, tabl., 1 mg | 30 szt. | 05909990854318 |
| 820 | Doxazosinum | Doxanorm, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909990854417 |
| 821 | Doxazosinum | Doxanorm, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909990854516 |
| 822 | Doxazosinum | Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg | 30 szt. | 05909990790951 |
| 823 | Doxazosinum | Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg | 90 szt. | 05909990884582 |
| 824 | Doxazosinum | Doxar, tabl., 1 mg | 30 szt. | 05909990484911 |
| 825 | Doxazosinum | Doxar, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909990485017 |
| 826 | Doxazosinum | Doxar, tabl., 4 mg | 120 szt. | 05908289660289 |
| 827 | Doxazosinum | Doxar, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909990485116 |
| 828 | Doxazosinum | Doxazosin XR Genoptim, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg | 30 szt. | 05909990066797 |
| 829 | Doxazosinum | Doxonex, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909991149611 |
| 830 | Doxazosinum | Doxonex, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909991149710 |
| 831 | Doxazosinum | Dozox, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05901720140005 |
| 832 | Doxazosinum | Dozox, tabl., 4 mg | 90 szt. | 05901720140012 |
| 833 | Doxazosinum | Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg | 30 szt. | 05909990022571 |
| 834 | Doxazosinum | Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg | 60 szt. | 05909991013820 |
| 835 | Doxazosinum | Kamiren, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909990491315 |
| 836 | Doxazosinum | Kamiren, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909990491414 |
| 837 | Doxazosinum | Zoxon 1, tabl., 1 mg | 30 szt. | 05909990903320 |
| 838 | Doxazosinum | Zoxon 2, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909990903429 |
| 839 | Doxazosinum | Zoxon 4, tabl., 4 mg | 90 szt. | 05909990080267 |
| 840 | Doxazosinum | Zoxon 4, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909990903511 |
| 841 | Doxycyclinum | Doxycyclinum Polfarmex, kaps. twarde, 100 mg | 10 szt. | 05909991330576 |
| 842 | Doxycyclinum | Doxycyclinum TZF, kaps. twarde, 100 mg | 10 szt. | 05909990072316 |
| 843 | Duloxetinum | AuroDulox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg | 28 szt. | 05909991432980 |
| 844 | Duloxetinum | AuroDulox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg | 28 szt. | 05909991432997 |
| 845 | Duloxetinum | Depratal, tabl. dojelitowe, 30 mg | 56 szt. | 05906414003185 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 846 | Duloxetinum | Depratal, tabl. dojelitowe, 30 mg | 28 szt. | 05909991324551 |
| 847 | Duloxetinum | Depratal, tabl. dojelitowe, 60 mg | 56 szt. | 05906414003192 |
| 848 | Duloxetinum | Depratal, tabl. dojelitowe, 60 mg | 28 szt. | 05909991324537 |
| 849 | Duloxetinum | Dulofor, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg | 28 szt. | 05909991419776 |
| 850 | Duloxetinum | Dulofor, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg | 28 szt. | 05909991419813 |
| 851 | Duloxetinum | Duloxetine +pharma, kaps. dojelitowe, twarde, 30 mg | 30 szt. | 05901720140296 |
| 852 | Duloxetinum | Duloxetine +pharma, kaps. dojelitowe, twarde, 60 mg | 30 szt. | 05901720140210 |
| 853 | Duloxetinum | Duloxetine Mylan, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg | 28 szt. | 05901797710644 |
| 854 | Duloxetinum | Duloxetine Mylan, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg | 28 szt. | 05901797710668 |
| 855 | Duloxetinum | Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg | 28 szt. | 05909991231040 |
| 856 | Duloxetinum | Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg | 56 szt. | 05909991423636 |
| 857 | Duloxetinum | Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg | 28 szt. | 05909991231064 |
| 858 | Duloxetinum | Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg | 56 szt. | 05909991231071 |
| 859 | Duloxetinum | Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg | 28 szt. | 05909991222239 |
| 860 | Duloxetinum | Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg | 56 szt. | 05909991222253 |
| 861 | Duloxetinum | Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg | 90 szt. | 05909991222277 |
| 862 | Duloxetinum | Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg | 28 szt. | 05909991222321 |
| 863 | Duloxetinum | Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg | 56 szt. | 05909991222345 |
| 864 | Duloxetinum | Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg | 90 szt. | 05909991222369 |
| 865 | Duloxetinum | Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg | 28 szt. | 05909991480745 |
| 866 | Duloxetinum | Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg | 56 szt. | 05909991480752 |
| 867 | Duloxetinum | Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 90 mg | 28 szt. | 05909991352172 |
| 868 | Duloxetinum | Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 120 mg | 28 szt. | 05909991468699 |
| 869 | Duloxetinum | Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg | 28 szt. | 05909991396688 |
| 870 | Duloxetinum | Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg | 28 szt. | 05909991396664 |
| 871 | Duloxetinum | Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 90 mg | 28 szt. | 05909991468651 |
| 872 | Duloxetinum | Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg | 28 szt. | 05909991249540 |
| 873 | Duloxetinum | Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg | 56 szt. | 05909991249618 |
| 874 | Duloxetinum | Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg | 28 szt. | 05909991249885 |
| 875 | Duloxetinum | Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg | 56 szt. | 05909991249946 |
| 876 | Enalaprili maleas | Enarenal, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990015030 |
| 877 | Enalaprili maleas | Enarenal, tabl., 10 mg | 60 szt. | 05909990015054 |
| 878 | Enalaprili maleas | Enarenal, tabl., 20 mg | 60 szt. | 05909990020829 |
| 879 | Enalaprili maleas | Enarenal, tabl., 20 mg | 30 szt. | 05909990020836 |
| 880 | Enalaprili maleas | Enarenal, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990014934 |
| 881 | Enalaprili maleas | Enarenal, tabl., 5 mg | 60 szt. | 05909990014958 |
| 882 | Enoxaparinum natricum | Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg/0,8 ml | 10 amp.-strz.po 0,8 ml | 05909990891429 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 883 | Enoxaparinum natricum | Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/1 ml | 10 amp.-strz.po 1 ml | 05909990891528 |
| 884 | Enoxaparinum natricum | Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/1 ml | 10 amp.-strz.po 1 ml | 05909990774920 |
| 885 | Enoxaparinum natricum | Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml | 10 amp.-strz.po 0,2 ml | 05909990048328 |
| 886 | Enoxaparinum natricum | Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml | 10 amp.-strz.po 0,4 ml | 05909990048427 |
| 887 | Enoxaparinum natricum | Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml | 10 amp.-strz.po 0,6 ml | 05909990774821 |
| 888 | Enoxaparinum natricum | Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml | 10 amp.-strz.po 0,8 ml | 05909990775026 |
| 889 | Enoxaparinum natricum | Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 120 mg/0,8 ml | 10 amp.-strz. | 05906395161126 |
| 890 | Enoxaparinum natricum | Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 150 mg/1 ml | 10 amp.-strz. | 05906395161164 |
| 891 | Enoxaparinum natricum | Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/1 ml | 10 amp.-strz.po 1 ml | 05906395161096 |
| 892 | Enoxaparinum natricum | Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml | 10 amp.-strz.po 0,2 ml | 05906395161010 |
| 893 | Enoxaparinum natricum | Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml | 10 amp.-strz.po 0,4 ml | 05906395161034 |
| 894 | Enoxaparinum natricum | Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml | 10 amp.-strz.po 0,6 ml | 05906395161058 |
| 895 | Enoxaparinum natricum | Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml | 10 amp.-strz.po 0,8 ml | 05906395161072 |
| 896 | Enzyma pancreatis | Kreon 25 000, kaps. dojel., 25000 J.Ph.Eur.Lipazy | 50 szt. | 05909990042579 |
| 897 | Esomeprazolum | Emanera, kaps. dojel. twarde, 20 mg | 84 szt. | 03838989753160 |
| 898 | Esomeprazolum | Emanera, kaps. dojel. twarde, 20 mg | 28 szt. | 05909990926497 |
| 899 | Esomeprazolum | Emanera, kaps. dojel. twarde, 20 mg | 56 szt. | 05909991074975 |
| 900 | Esomeprazolum | Emanera, kaps. dojel. twarde, 40 mg | 84 szt. | 03838989753191 |
| 901 | Esomeprazolum | Emanera, kaps. dojel. twarde, 40 mg | 28 szt. | 05909990926534 |
| 902 | Esomeprazolum | Emanera, kaps. dojel. twarde, 40 mg | 56 szt. | 05909991074999 |
| 903 | Esomeprazolum | Helides, kaps. dojel. twarde, 20 mg | 28 szt. | 05909990841332 |
| 904 | Esomeprazolum | Helides, kaps. dojel. twarde, 20 mg | 56 szt. | 05909991195755 |
| 905 | Esomeprazolum | Helides, kaps. dojel. twarde, 40 mg | 28 szt. | 05909990841363 |
| 906 | Esomeprazolum | Helides, kaps. dojel. twarde, 40 mg | 56 szt. | 05909991195762 |
| 907 | Esomeprazolum | Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg | 84 szt. | 05903060619548 |
| 908 | Esomeprazolum | Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg | 28 szt. (blister) | 05909990876280 |
| 909 | Esomeprazolum | Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg | 56 szt. | 05909990876327 |
| 910 | Esomeprazolum | Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg | 84 szt. | 05903060619555 |
| 911 | Esomeprazolum | Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg | 28 szt. (blister) | 05909990876778 |
| 912 | Esomeprazolum | Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg | 56 szt. | 05909990876808 |
| 913 | Esomeprazolum | Texibax, tabl. dojel., 20 mg | 28 szt. | 05909991268275 |
| 914 | Esomeprazolum | Texibax, tabl. dojel., 40 mg | 28 szt. | 05909991268282 |
| 915 | Ethambutoli hydrochloridum | Ethambutol Teva, kaps., 250 mg | 250 szt. | 05909990227310 |
| 916 | Ethosuximidum | Petinimid, kaps., 250 mg | 100 szt. | 05909990244911 |
| 917 | Famotidinum | Famogast, tabl. powl., 40 mg | 60 szt. | 05909990014828 |
| 918 | Famotidinum | Famogast, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 05909990014835 |
| 919 | Fenoteroli hydrobromidum | Berotec N 100, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100 µg/dawkę | 1 poj.po 10 ml (200 daw.) | 05909990376414 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 920 | Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum | Berodual N, aerozol inhalacyjny, roztwór, 50+21 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 200 dawek | 05909990917815 |
| 921 | Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum | Berodual, roztwór do nebulizacji, 0,5+0,25 mg/ml | 20 ml | 05909990101917 |
| 922 | Fentanylum | Durogesic, system transdermalny, 100 µg/h | 5 szt. | 05909990765713 |
| 923 | Fentanylum | Durogesic, system transdermalny, 25 µg/h | 5 szt. | 05909990765416 |
| 924 | Fentanylum | Durogesic, system transdermalny, 50 µg/h | 5 szt. | 05909990765515 |
| 925 | Fentanylum | Durogesic, system transdermalny, 75 µg/h | 5 szt. | 05909990765614 |
| 926 | Fentanylum | Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 100 µg/h | 5 szt. | 05909990000098 |
| 927 | Fentanylum | Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 100 µg/h | 10 szt. | 05909991204853 |
| 928 | Fentanylum | Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 25 µg/h | 10 szt. | 05909991204822 |
| 929 | Fentanylum | Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 50 µg/h | 5 szt. | 05909990000050 |
| 930 | Fentanylum | Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 50 µg/h | 10 szt. | 05909991204839 |
| 931 | Fentanylum | Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 75 µg/h | 5 szt. | 05909990000081 |
| 932 | Fentanylum | Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 75 µg/h | 10 szt. | 05909991204846 |
| 933 | Fentanylum | Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę | 1 but.po 5,3 ml (40 daw.) | 05909991308193 |
| 934 | Fentanylum | Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 200 µg/dawkę | 1 but.po 5,3 ml (40 daw.) | 05909991308209 |
| 935 | Fentanylum | Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 50 µg/dawkę | 1 but.po 3,2 ml (20 daw.) | 05909991308131 |
| 936 | Fentanylum | Matrifen 100 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 100 µg/h | 5 szt. | 05909990043330 |
| 937 | Fentanylum | Matrifen 12 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 12 µg/h | 5 szt. | 05909990043163 |
| 938 | Fentanylum | Matrifen 25 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 25 µg/h | 5 szt. | 05909990043279 |
| 939 | Fentanylum | Matrifen 50 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 50 µg/h | 5 szt. | 05909990043385 |
| 940 | Fentanylum | Matrifen 75 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 75 µg/h | 5 szt. | 05909990043224 |
| 941 | Fentanylum | PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę | 1,55 ml (1 butelka) | 05909990955503 |
| 942 | Fentanylum | PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę | 4 but. po 1,55 ml | 05909990955527 |
| 943 | Fentanylum | PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 400 µg/dawkę | 1,55 ml (1 butelka) | 05909990955541 |
| 944 | Fentanylum | PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 400 µg/dawkę | 4 but. po 1,55 ml | 05909990955558 |
| 945 | Filgrastimum | Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml | 1 amp.-strz. | 05055565713846 |
| 946 | Filgrastimum | Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml | 5 amp.-strz. | 05055565713860 |
| 947 | Filgrastimum | Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml | 7 amp.-strz. | 05055565726068 |
| 948 | Filgrastimum | Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml | 1 amp.-strz. | 05055565713853 |
| 949 | Filgrastimum | Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml | 5 amp.-strz. | 05055565713877 |
| 950 | Filgrastimum | Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml | 7 amp.-strz. | 05055565726075 |
| 951 | Filgrastimum | Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml | 5 amp.-strz.po 0,5 ml | 05909990687787 |
| 952 | Filgrastimum | Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml | 5 amp.-strz.po 0,5 ml | 05909990687848 |
| 953 | Fluconazolum | Candifluc/Fluconazolum Aflofarm, syrop, 5 mg/ml | 1 but. 150 ml | 05909991257804 |
| 954 | Fluconazolum | Flucofast, kaps. twarde, 100 mg | 7 szt. | 05909990662371 |
| 955 | Fluconazolum | Flucofast, kaps. twarde, 100 mg | 28 szt. | 05909990662388 |
| 956 | Fluconazolum | Flucofast, kaps. twarde, 150 mg | 3 szt. | 05907529466339 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 957 | Fluconazolum | Flucofast, kaps. twarde, 200 mg | 7 szt. | 05909991283247 |
| 958 | Fluconazolum | Flucofast, kaps., 150 mg | 1 szt. | 05909990490615 |
| 959 | Fluconazolum | Flucofast, kaps., 50 mg | 7 szt. | 05909990490516 |
| 960 | Fluconazolum | Flucofast, kaps., 50 mg | 14 szt. | 05909990490523 |
| 961 | Fluconazolum | Fluconazin, syrop, 5 mg/ml | 1 but.po 150 ml | 05909991097219 |
| 962 | Fluconazolum | Fluconazole Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg | 7 szt. | 05909991462871 |
| 963 | Fluconazolum | Fluconazole Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg | 28 szt. | 05909991462932 |
| 964 | Fluconazolum | Fluconazole Aurovitas, kaps. twarde, 200 mg | 7 szt. | 05909991463151 |
| 965 | Fluconazolum | Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 100 mg | 7 szt. | 05909991262617 |
| 966 | Fluconazolum | Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 100 mg | 28 szt. | 05909991262679 |
| 967 | Fluconazolum | Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 50 mg | 7 szt. | 05909991262457 |
| 968 | Fluconazolum | Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 50 mg | 14 szt. | 05909991262488 |
| 969 | Fluconazolum | Fluconazole Hasco, syrop, 5 mg/ml | 1 but. 150 ml | 05909991273798 |
| 970 | Fluconazolum | Fluconazole Polfarmex, syrop, 5 mg/ml | 150 ml (but.) | 05909990859511 |
| 971 | Fluconazolum | Fluconazole Polfarmex, tabl., 100 mg | 28 szt. | 05909990780181 |
| 972 | Fluconazolum | Fluconazole Polfarmex, tabl., 100 mg | 7 szt. | 05909990859719 |
| 973 | Fluconazolum | Fluconazole Polfarmex, tabl., 150 mg | 1 szt. | 05909990017874 |
| 974 | Fluconazolum | Fluconazole Polfarmex, tabl., 150 mg | 3 szt. | 05909990017881 |
| 975 | Fluconazolum | Fluconazole Polfarmex, tabl., 200 mg | 7 szt. | 05909991022549 |
| 976 | Fluconazolum | Fluconazole Polfarmex, tabl., 200 mg | 14 szt. | 05909991022556 |
| 977 | Fluconazolum | Fluconazole Polfarmex, tabl., 50 mg | 14 szt. | 05909990859610 |
| 978 | Fluconazolum | Fluconazole Polfarmex, tabl., 50 mg | 7 szt. | 05909990859672 |
| 979 | Fluconazolum | Fluconazolum Aflofarm, kaps. twarde, 100 mg | 7 szt. | 05909991423452 |
| 980 | Fluconazolum | Fluconazolum Aflofarm, kaps. twarde, 200 mg | 7 szt. | 05909991423506 |
| 981 | Fluconazolum | Fluconazolum Aflofarm, kaps. twarde, 50 mg | 14 szt. | 05909991423445 |
| 982 | Fluconazolum | Flumycon, kaps. twarde, 100 mg | 7 szt. | 05909990869732 |
| 983 | Fluconazolum | Flumycon, kaps. twarde, 100 mg | 28 szt. | 05909990869756 |
| 984 | Fluconazolum | Flumycon, kaps. twarde, 150 mg | 1 szt. | 05909990869763 |
| 985 | Fluconazolum | Flumycon, kaps. twarde, 150 mg | 7 szt. | 05909991365745 |
| 986 | Fluconazolum | Flumycon, kaps. twarde, 200 mg | 7 szt. | 05909990869770 |
| 987 | Fluconazolum | Flumycon, kaps. twarde, 50 mg | 7 szt. | 05909990869688 |
| 988 | Fluconazolum | Flumycon, kaps. twarde, 50 mg | 14 szt. | 05909990869695 |
| 989 | Fluconazolum | Fluxazol, kaps. twarde, 100 mg | 7 szt. | 05909991388270 |
| 990 | Fluconazolum | Fluxazol, kaps. twarde, 150 mg | 1 szt. | 05909991388287 |
| 991 | Fluconazolum | Fluxazol, kaps. twarde, 200 mg | 7 szt. | 05909991388294 |
| 992 | Fluconazolum | Fluxazol, kaps. twarde, 50 mg | 7 szt. | 05909991388263 |
| 993 | Fluconazolum | Mycosyst, kaps., 100 mg | 7 szt. | 05909990642533 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 994 | Fluconazolum | Mycosyst, kaps., 100 mg | 28 szt. | 05909990980611 |
| 995 | Fluconazolum | Mycosyst, kaps., 200 mg | 7 szt. | 05909991118914 |
| 996 | Fluconazolum | Mycosyst, kaps., 50 mg | 7 szt. | 05909990980512 |
| 997 | Fludrocortisonum | Cortineff, tabl., 100 µg | 20 szt. | 05904374007885 |
| 998 | Fluoxetinum | Andepin, kaps. twarde, 20 mg | 30 szt. | 05909991065515 |
| 999 | Fluoxetinum | Bioxetin, tabl., 20 mg | 30 szt. | 05909990372317 |
| 1000 | Fluoxetinum | Fluoksetyna EGIS, kaps. twarde, 20 mg | 28 szt. | 05909990776955 |
| 1001 | Fluoxetinum | Fluoxetin Polpharma, kaps. twarde, 20 mg | 30 szt. | 05909990770311 |
| 1002 | Fluoxetinum | Fluoxetine Aurovitas, kaps. twarde, 20 mg | 30 tabl. | 05909991317621 |
| 1003 | Fluoxetinum | Fluxemed, kaps. twarde, 20 mg | 30 szt. | 05909990742509 |
| 1004 | Fluoxetinum | Seronil, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909990374311 |
| 1005 | Fluoxetinum | Seronil, tabl. powl., 10 mg | 100 szt. | 05909990374328 |
| 1006 | Flupentixolum | Fluanxol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml | 1 amp.po 1 ml | 05909990127214 |
| 1007 | Flupentixolum | Fluanxol, tabl. powl., 0,5 mg | 50 szt. | 05909991074258 |
| 1008 | Flupentixolum | Fluanxol, tabl. powl., 3 mg | 50 szt. | 05909991074296 |
| 1009 | Flutamidum | Apo-Flutam, tabl. powl., 250 mg | 30 szt. | 05909990941612 |
| 1010 | Flutamidum | Apo-Flutam, tabl. powl., 250 mg | 90 szt. | 05909990941629 |
| 1011 | Flutamidum | Flutamid Egis, tabl., 250 mg | 100 szt. | 05909990139217 |
| 1012 | Fluticasoni propionas | Fanipos, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę | 2 poj. po 120 daw. | 05908289660371 |
| 1013 | Fluticasoni propionas | Fanipos, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę donosową | 1 poj. po 120 daw. | 05909990570720 |
| 1014 | Fluticasoni propionas | Flixonase, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę | poj. 10 ml (120 dawek) | 05909990933839 |
| 1015 | Fluticasoni propionas | Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną | 60 daw. | 05909990484621 |
| 1016 | Fluticasoni propionas | Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 250 µg/dawkę inhalacyjną | 60 daw. | 05909990484720 |
| 1017 | Fluticasoni propionas | Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną | 60 daw. | 05909990484522 |
| 1018 | Fluticasoni propionas | Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 500 µg/dawkę inhalacyjną | 60 daw. | 05909990484829 |
| 1019 | Fluticasoni propionas | Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg | 60 daw. | 05909990851416 |
| 1020 | Fluticasoni propionas | Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg | 120 daw. | 05909990851423 |
| 1021 | Fluticasoni propionas | Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg | 60 daw. | 05909990851515 |
| 1022 | Fluticasoni propionas | Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg | 120 daw. | 05909990851522 |
| 1023 | Fluticasoni propionas | Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50 µg/dawkę inhalacyjną | 120 daw. | 05909990851317 |
| 1024 | Fluticasoni propionas | Flurhinal, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg/dawkę inh. | 120 daw. | 05909991401771 |
| 1025 | Fluticasoni propionas | Flurhinal, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg/dawkę inh. | 120 daw. | 05909991401788 |
| 1026 | Fluticasoni propionas | Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg | 120 szt. | 05909990938001 |
| 1027 | Fluticasoni propionas | Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg/dawkę inhalacyjną | 60 szt. | 05909990785858 |
| 1028 | Fluticasoni propionas | Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg | 120 szt. | 05909990938025 |
| 1029 | Fluticasoni propionas | Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg/dawkę inhalacyjną | 60 szt. | 05909990785889 |
| 1030 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, 250+50 µg | 1 inh.po 60 daw. | 05909991274931 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1031 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, 500+50 µg | 1 inh.po 60 daw. | 05909991274955 |
| 1032 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator 60 dawek | 05909991442064 |
| 1033 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator 60 dawek | 05909991447915 |
| 1034 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator 60 dawek | 05909991034870 |
| 1035 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 3 inh.po 60 dawek | 05909991448523 |
| 1036 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator 60 dawek | 05909991034887 |
| 1037 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 3 inh.po 60 dawek | 05909991448530 |
| 1038 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator 60 dawek | 05909991034894 |
| 1039 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 3 inh.po 60 dawek | 05909991448547 |
| 1040 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 100+50 µg/dawkę | 1 inhalator 60 dawek | 05909991447557 |
| 1041 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę | 1 inhalator 60 dawek | 05909991447595 |
| 1042 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę | 1 inhalator 60 dawek | 05909991447632 |
| 1043 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Comboterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj. 120 dawek | 05906720534670 |
| 1044 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Comboterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj. 120 dawek | 05906720534687 |
| 1045 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 100+50 µg/dawkę | 1 inhalator 60 dawek | 05900411004732 |
| 1046 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę | 1 inhalator 60 dawek | 05900411004749 |
| 1047 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę | 1 inhalator 60 dawek | 05900411004756 |
| 1048 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj. 120 dawek | 05900411004763 |
| 1049 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę odmierzoną | 1 poj. 120 dawek | 05900411004787 |
| 1050 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Duexon, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę odmierzoną | 1 poj. 120 dawek | 05900411004770 |
| 1051 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh.po 120 daw. | 05909991403959 |
| 1052 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh.po 120 daw. | 05909991403966 |
| 1053 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh.po 120 daw. | 05909991403898 |
| 1054 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Salflumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę odmierzoną | 1 inh.po 60 daw. | 05909991383626 |
| 1055 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Salflumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę odmierzoną | 1 inh.po 60 daw. | 05909991383657 |
| 1056 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Salmex, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator (60 dawek) | 05909991034900 |
| 1057 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Salmex, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator (60 dawek) | 05909991034924 |
| 1058 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Salmex, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator (60 dawek) | 05909991034931 |
| 1059 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Seretide 125, aerozol wziewny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 120 daw. | 05909990907014 |
| 1060 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Seretide 250, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 120 daw. | 05909990907113 |
| 1061 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Seretide 50, aerozol wziewny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 120 daw. | 05909990906918 |
| 1062 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Seretide Dysk 100, proszek do inhalacji, 100+50 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 60 daw. | 05909990832422 |
| 1063 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Seretide Dysk 250, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 60 daw. | 05909990832521 |
| 1064 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Seretide Dysk 500, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 60 daw. | 05909990832620 |
| 1065 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Symflusal, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną | 1 blister 60 dawek + inhalator Elpenhaler | 05909991078980 |
| 1066 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Symflusal, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną | 1 blister 60 dawek + inhalator Elpenhaler | 05909991079055 |
| 1067 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Veriflo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj. 120 dawek | 05909991477585 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1068 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Veriflo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj. 120 dawek | 05909991477592 |
| 1069 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Veriflo, proszek do inhalacji, podzielony, 50+25 µg/dawkę | 1 poj. 120 dawek | 05909991477578 |
| 1070 | Fluvoxaminum | Fevarin, tabl. powl., 100 mg | 30 szt. | 05909990347827 |
| 1071 | Fluvoxaminum | Fevarin, tabl. powl., 50 mg | 60 szt. | 05909990347728 |
| 1072 | Formoteroli fumaras | Foradil, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg | 60 szt. | 05909990792924 |
| 1073 | Formoteroli fumaras | Foradil, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg | 180 szt. | 07613421020934 |
| 1074 | Formoteroli fumaras | Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg | 120 kaps. | 05909990937981 |
| 1075 | Formoteroli fumaras | Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg | 60 szt. | 05909990975914 |
| 1076 | Formoteroli fumaras dihydricus | Atimos, aerozol inhalacyjny, roztwór, 12 µg/dawkę odmierzoną | 1 poj.po 120 daw. | 05909990620777 |
| 1077 | Formoteroli fumaras dihydricus | Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg | 60 szt. | 05909990614400 |
| 1078 | Formoteroli fumaras dihydricus | Forastmin, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 12 µg | 120 szt. | 05909991218287 |
| 1079 | Formoteroli fumaras dihydricus | Forastmin, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 12 µg | 180 szt. | 05909991218294 |
| 1080 | Formoteroli fumaras dihydricus | Formoterol Easyhaler, proszek do inhalacji, 12 mcg | 1 poj. (120 daw.) (+ op.ochr.) | 05909990337446 |
| 1081 | Formoteroli fumaras dihydricus | Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 4,5 µg/dawkę | 1 inh.po 60 daw. | 05909990445219 |
| 1082 | Formoteroli fumaras dihydricus | Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 9 µg/dawkę | 1 inh.po 60 daw. | 05909990445318 |
| 1083 | Formoteroli fumaras dihydricus | Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg | 60 kaps. | 05909990849000 |
| 1084 | Formoteroli fumaras dihydricus | Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg | 120 szt. | 05909990996681 |
| 1085 | Furazidinum | Furaginum Adamed, tabl., 50 mg | 30 szt. | 05909990357215 |
| 1086 | Furazidinum | Furaginum Teva, tabl., 100 mg | 30 szt. | 05909991373238 |
| 1087 | Furazidinum | Furaginum Teva, tabl., 50 mg | 30 szt. | 05909990988235 |
| 1088 | Furazidinum | Furazek, tabl., 100 mg | 30 szt. | 05909991304102 |
| 1089 | Furosemidum | Furosemid Medreg, tabl., 40 mg | 30 szt. | 08595566451974 |
| 1090 | Furosemidum | Furosemidum Aurovitas, tabl., 40 mg | 30 szt. | 05909991434588 |
| 1091 | Furosemidum | Furosemidum Polfarmex, tabl., 40 mg | 30 szt. (3 x 10) | 05909990223794 |
| 1092 | Furosemidum | Furosemidum Polpharma, tabl., 40 mg | 30 szt. | 05909990135028 |
| 1093 | Gabapentinum | Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg | 100 szt. | 05909991331108 |
| 1094 | Gabapentinum | Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 300 mg | 100 szt. | 05909991331153 |
| 1095 | Gabapentinum | Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 400 mg | 100 szt. | 05909991331207 |
| 1096 | Gabapentinum | Gabapentin Teva, kaps. twarde, 100 mg | 100 szt. | 05909990339495 |
| 1097 | Gabapentinum | Gabapentin Teva, kaps. twarde, 300 mg | 100 szt. | 05909990339709 |
| 1098 | Gabapentinum | Gabapentin Teva, kaps. twarde, 300 mg | 100 szt. | 05909991425340 |
| 1099 | Gabapentinum | Gabapentin Teva, kaps. twarde, 400 mg | 100 szt. | 05909990339600 |
| 1100 | Gabapentinum | Gabapentin Teva, tabl. powl., 600 mg | 100 szt. | 05909990338542 |
| 1101 | Gabapentinum | Gabapentin Teva, tabl. powl., 800 mg | 100 szt. | 05909990338658 |
| 1102 | Gabapentinum | Neurontin 100, kaps. twarde, 100 mg | 100 szt. | 05909990769216 |
| 1103 | Gabapentinum | Neurontin 300, kaps. twarde, 300 mg | 100 szt. | 05909990769315 |
| 1104 | Gabapentinum | Neurontin 400, kaps. twarde, 400 mg | 100 szt. | 05909990769414 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1105 | Gabapentinum | Neurontin 600, tabl. powl., 600 mg | 100 szt. | 05909991017422 |
| 1106 | Gabapentinum | Neurontin 800, tabl. powl., 800 mg | 100 szt. | 05909991017521 |
| 1107 | Gentamicinum | Gentamicin WZF 0,3%, krople do oczu, roztwór, 3 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909990092413 |
| 1108 | Glucagoni hydrochloridum | GlucaGen 1 mg HypoKit, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg | 1 fiol. | 05909990693313 |
| 1109 | Haloperidoli decanoas | Decaldol, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml | 5 amp.po 1 ml | 05909990077311 |
| 1110 | Haloperidolum | Haloperidol UNIA, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml | 1 but. po 10 ml | 05909990239412 |
| 1111 | Haloperidolum | Haloperidol WZF 0,2%, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml | 1 but.po 10 ml | 05909990969319 |
| 1112 | Haloperidolum | Haloperidol WZF, tabl., 1 mg | 40 tabl. (2 blist.po 20 szt.) | 05909990104017 |
| 1113 | Haloperidolum | Haloperidol WZF, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990722617 |
| 1114 | Hydrocortisonum | Hydrocortisonum-SF, tabl., 10 mg | 60 szt. | 05909991218140 |
| 1115 | Hydrocortizoni acetatas | Hydrocortisonum AFP, krem, 10 mg/g | 1 tuba po 15 g | 05909990950317 |
| 1116 | Hydroxycarbamidum | Hydroxycarbamid Teva, kaps., 500 mg | 100 szt. (1 but.) | 05909990836758 |
| 1117 | Hydroxycarbamidum | Hydroxyurea medac, kaps. twarde, 500 mg | 100 szt. | 05909990944927 |
| 1118 | Ibuprofenum | Ibuprofen Hasco, kaps. miękkie, 200 mg | 60 szt. | 05909990853540 |
| 1119 | Icatibantum | Firazyr, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml | 1 amp.-strz.po 3 ml | 05909990740635 |
| 1120 | Icatibantum | Icatibant Accord, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml | 1 amp.-strz.po 3 ml | 05055565774410 |
| 1121 | Icatibantum | Icatibant Fresenius, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 10 mg/ml | 1 amp.-strz.po 3 ml | 05909991485870 |
| 1122 | Icatibantum | Icatibant Medical Valley, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 10 mg/ml | 1 amp.-strz.po 3 ml | 05909991484712 |
| 1123 | Icatibantum | Icatibant Zentiva, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml | 1 amp.-strz.po 3 ml | 05909991469306 |
| 1124 | Icatibantum | Ikatybant Ranbaxy, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 10 mg/ml | 1 amp.-strz.po 3 ml | 05909991474461 |
| 1125 | Indakaterol + Mometazonu furoinian | Atectura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 125+127,5 mg | 30 szt. | 07613421045531 |
| 1126 | Indakaterol + Mometazonu furoinian | Atectura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 125+260 mg | 30 szt. | 07613421045548 |
| 1127 | Indakaterol + Mometazonu furoinian | Atectura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 125+62,5 mg | 30 szt. | 07613421045524 |
| 1128 | 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 |
| 1129 | 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 |
| 1130 | Insulinum aspartum | Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909991306298 |
| 1131 | Insulinum aspartum | Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml | 1 fiol. a 10 ml | 05909991378059 |
| 1132 | Insulinum aspartum | Insulin aspart Sanofi, roztwór do wstrz., 100 j/ml | 10 wstrz. po 3 ml | 05909991429171 |
| 1133 | Insulinum aspartum | NovoMix 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990879915 |
| 1134 | Insulinum aspartum | NovoMix 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml | 5 wkł.po 3ml | 05909990614981 |
| 1135 | Insulinum aspartum | NovoRapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990451814 |
| 1136 | Insulinum aspartum | NovoRapid, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml | 1 fiol.po 10 ml | 05909991369668 |
| 1137 | Insulinum degludecum | Tresiba, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml | 10 wkł.po 3 ml | 05712249124441 |
| 1138 | Insulinum degludecum + Insulinum aspartum | Ryzodeg, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml Penfill | 05909991371562 |
| 1139 | Insulinum detemirum | Levemir, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml | 5 wkł.po 3 ml (Penfill) | 05909990005741 |
| 1140 | Insulinum glarginum | Abasaglar, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml | 10 wkł.po 3 ml | 05909991201982 |
| 1141 | Insulinum glarginum | Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml | 5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml | 05909990617555 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1142 | Insulinum glarginum | Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml | 5 wkładów po 3 ml | 05909990895717 |
| 1143 | Insulinum glulisinum | Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml | 1 fiol.po 10 ml | 05909990008483 |
| 1144 | Insulinum glulisinum | Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990008575 |
| 1145 | Insulinum glulisinum | Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wstrz. SoloStar po 3 ml | 05909990617197 |
| 1146 | Insulinum humanum | Actrapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990237920 |
| 1147 | Insulinum humanum | Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990853113 |
| 1148 | Insulinum humanum | Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 10 wkł.po 3 ml | 05909990958566 |
| 1149 | Insulinum humanum | Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990853311 |
| 1150 | Insulinum humanum | Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 10 wkł.po 3 ml | 05909990958573 |
| 1151 | Insulinum humanum | Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990853519 |
| 1152 | Insulinum humanum | Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 10 wkł.po 3 ml | 05909990958580 |
| 1153 | Insulinum humanum | Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990852413 |
| 1154 | Insulinum humanum | Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 10 wkł.po 3 ml | 05909990958597 |
| 1155 | Insulinum humanum | Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990852116 |
| 1156 | Insulinum humanum | Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 10 wkł.po 3 ml | 05909990958603 |
| 1157 | Insulinum humanum | Humulin M3 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990246014 |
| 1158 | Insulinum humanum | Humulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990246717 |
| 1159 | Insulinum humanum | Humulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990247011 |
| 1160 | Insulinum humanum | Insulatard Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990348923 |
| 1161 | Insulinum humanum | Mixtard 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990238323 |
| 1162 | Insulinum humanum | Mixtard 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990348121 |
| 1163 | Insulinum humanum | Polhumin Mix - 2, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909991022921 |
| 1164 | Insulinum humanum | Polhumin Mix - 3, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909991023027 |
| 1165 | Insulinum humanum | Polhumin Mix - 4, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909991023126 |
| 1166 | Insulinum humanum | Polhumin Mix - 5, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909991023324 |
| 1167 | Insulinum humanum | Polhumin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909991022525 |
| 1168 | Insulinum humanum | Polhumin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909991022822 |
| 1169 | Insulinum lisprum | Humalog Mix25, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990455010 |
| 1170 | Insulinum lisprum | Humalog Mix50, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990455614 |
| 1171 | Insulinum lisprum | Humalog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990692422 |
| 1172 | Insulinum lisprum | Insulin Lispro Sanofi, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100 j./ml | 10 wstrz. 3 ml SoloStar | 05909991333553 |
| 1173 | Insulinum lisprum | Liprolog Junior KwikPen, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml | 5 wstrzyk. po 3 ml | 05907677973123 |
| 1174 | Insulinum lisprum | Liprolog KwikPen, roztwór do wstrz., 200 j.m./ml | 5 wstrzyk. po 3 ml | 05999885490165 |
| 1175 | Insulinum lisprum | Liprolog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 10 wkł.po 3 ml | 05909990005536 |
| 1176 | Ipratropii bromidum | Atrodil, aerozol inhalacyjny, roztwór, 20 µg | 1 poj.po 10 ml (200 daw.) | 05909991185879 |
| 1177 | Ipratropii bromidum | Atrovent N, aerozol wziewny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 10 ml (200 daw.) | 05909990999019 |
| 1178 | Ipratropii bromidum | Atrovent, płyn do inhalacji z nebulizatora, 250 µg/ml | 1 but.po 20 ml | 05909990322114 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1179 | Ipratropii bromidum | Ipravent Inhaler, aerozol wziewny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 200 daw. | 05909991306236 |
| 1180 | Itraconazolum | Itrax, kaps. twarde, 100 mg | 4 szt. | 05909990858255 |
| 1181 | Itraconazolum | Itrax, kaps. twarde, 100 mg | 28 szt. | 05909990858262 |
| 1182 | Itraconazolum | Orungal, kaps., 100 mg | 4 szt. | 05909990004317 |
| 1183 | Itraconazolum | Orungal, kaps., 100 mg | 28 szt. | 05909990004331 |
| 1184 | Itraconazolum | Trioxal, kaps., 100 mg | 4 szt. | 05909991053819 |
| 1185 | Itraconazolum | Trioxal, kaps., 100 mg | 28 szt. | 05909991053826 |
| 1186 | Kalii chloridum | Kalipoz prolongatum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 391 mg | 60 szt. | 05909990257539 |
| 1187 | Kalii citras + Kalii hydrocarbonas | Kalium Effervescens bezcukrowy, granulat musujący, 782 mg jonów potasu/3 g | 20 sasz.po 3 g | 05909990269310 |
| 1188 | Kalii citras + Natrii citras + Acidum citricum | Citrolyt, granulat do sporządzania roztworu doustnego, 46,4+39,1+14,5 g/100 g | 220 g | 05909990210817 |
| 1189 | Ketoprofenum | Bi-Profenid, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 150 mg | 20 szt. | 05909990412112 |
| 1190 | Ketoprofenum | Febrofen, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 20 szt. | 05909990413317 |
| 1191 | Ketoprofenum | Ketokaps Med, kaps.miękkie, 100 mg | 60 szt. | 05904055005070 |
| 1192 | Ketoprofenum | Ketokaps Med, kaps.miękkie, 100 mg | 30 szt. | 05909991436056 |
| 1193 | Ketoprofenum | Ketonal Duo, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 30 szt. | 05909990064694 |
| 1194 | Ketoprofenum | Ketonal forte, tabl. powl., 100 mg | 30 szt. | 05909990046485 |
| 1195 | Ketoprofenum | Ketoprofen-SF, kaps. twarde, 100 mg | 20 szt. | 05909990794553 |
| 1196 | Ketoprofenum | Profenid, czopki, 100 mg | 10 szt. | 05909990098514 |
| 1197 | Ketoprofenum | Profenid, tabl. powl., 100 mg | 30 szt. | 05909990760718 |
| 1198 | Ketoprofenum | Refastin, tabl. powl., 100 mg | 30 szt. | 05909990675593 |
| 1199 | Lacosamidum | Epilantin, tabl. powl., 100 mg | 56 szt. | 05909991494551 |
| 1200 | Lacosamidum | Epilantin, tabl. powl., 150 mg | 56 szt. | 05909991494582 |
| 1201 | Lacosamidum | Epilantin, tabl. powl., 200 mg | 56 szt. | 05909991494612 |
| 1202 | Lacosamidum | Epilantin, tabl. powl., 50 mg | 14 szt. | 05909991494506 |
| 1203 | Lacosamidum | Lacosamide Accord, tabletka powlekana, 100 mg | 56 tabl. w blistrze | 05055565743331 |
| 1204 | Lacosamidum | Lacosamide Accord, tabletka powlekana, 150 mg | 56 tabl. w blistrze | 05055565743348 |
| 1205 | Lacosamidum | Lacosamide Accord, tabletka powlekana, 200 mg | 56 tabl. w blistrze | 05055565743355 |
| 1206 | Lacosamidum | Lacosamide Accord, tabletka powlekana, 50 mg | 14 tabl. w blistrze | 05055565743324 |
| 1207 | Lacosamidum | Lacosamide Glenmark, tabl. powl., 100 mg | 56 szt. | 05902020241591 |
| 1208 | Lacosamidum | Lacosamide Glenmark, tabl. powl., 150 mg | 56 szt. | 05902020241607 |
| 1209 | Lacosamidum | Lacosamide Glenmark, tabl. powl., 200 mg | 56 szt. | 05902020241614 |
| 1210 | Lacosamidum | Lacosamide Glenmark, tabl. powl., 50 mg | 14 szt. | 05902020241584 |
| 1211 | Lacosamidum | Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powl., 100 mg | 56 tabl. | 04260598450540 |
| 1212 | Lacosamidum | Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powl., 150 mg | 56 tabl. | 04260598450557 |
| 1213 | Lacosamidum | Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powl., 200 mg | 56 tabl. | 04260598450564 |
| 1214 | Lacosamidum | Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powl., 50 mg | 14 tabl. | 04260598450533 |
| 1215 | Lacosamidum | Lacosamide Teva, tabl. powl., 100 mg | 56 szt. | 05909991358358 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1216 | Lacosamidum | Lacosamide Teva, tabl. powl., 150 mg | 56 szt. | 05909991358365 |
| 1217 | Lacosamidum | Lacosamide Teva, tabl. powl., 200 mg | 56 szt. | 05909991358372 |
| 1218 | Lacosamidum | Lacosamide Teva, tabl. powl., 50 mg | 14 szt. | 05909991358341 |
| 1219 | Lacosamidum | Trelema, tabl. powl., 100 mg | 56 tabl. | 05909991384234 |
| 1220 | Lacosamidum | Trelema, tabl. powl., 150 mg | 56 tabl. | 05909991384241 |
| 1221 | Lacosamidum | Trelema, tabl. powl., 200 mg | 56 tabl. | 05909991384258 |
| 1222 | Lacosamidum | Trelema, tabl. powl., 50 mg | 14 tabl. | 05909991384197 |
| 1223 | Lacosamidum | Vimpat, syrop, 10 mg/ml | 200 ml (but.) | 05909990935505 |
| 1224 | Lamotriginum | Epitrigine 100 mg tabletki, tabl., 100 mg | 30 szt. | 05909990334766 |
| 1225 | Lamotriginum | Epitrigine 50 mg tabletki, tabl., 50 mg | 30 szt. | 05909990334759 |
| 1226 | Lamotriginum | Lamilept, tabl., 100 mg | 30 szt. | 05909990038480 |
| 1227 | Lamotriginum | Lamilept, tabl., 100 mg | 30 szt. | 05909991496296 |
| 1228 | Lamotriginum | Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 100 mg | 30 szt. | 05909990787319 |
| 1229 | Lamotriginum | Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 25 mg | 30 szt. | 05909990787210 |
| 1230 | Lamotriginum | Lamitrin, tabl., 100 mg | 30 szt. | 05909990346318 |
| 1231 | Lamotriginum | Lamitrin, tabl., 100 mg | 60 szt. | 05909990346325 |
| 1232 | Lamotriginum | Lamotrix, tabl., 100 mg | 90 szt. | 05909990961092 |
| 1233 | Lamotriginum | Lamotrix, tabl., 100 mg | 30 szt. | 05909991006617 |
| 1234 | Lamotriginum | Lamotrix, tabl., 25 mg | 30 szt. | 05909991006419 |
| 1235 | Lamotriginum | Lamotrix, tabl., 50 mg | 30 szt. | 05909991006518 |
| 1236 | Lamotriginum | Symla, tabl., 100 mg | 30 szt. | 05909990972616 |
| 1237 | Lamotriginum | Symla, tabl., 25 mg | 30 szt. | 05909990972418 |
| 1238 | Lamotriginum | Symla, tabl., 50 mg | 30 szt. | 05909990972517 |
| 1239 | Lansoprazolum | Lanzul S, kaps., 15 mg | 28 szt. | 05909990869817 |
| 1240 | Lansoprazolum | Lanzul, kaps., 30 mg | 28 szt. | 05909990727032 |
| 1241 | Lansoprazolum | Zalanzo, kaps. dojel. twarde, 15 mg | 28 szt. | 05909990064045 |
| 1242 | Lansoprazolum | Zalanzo, kaps. dojel. twarde, 30 mg | 28 szt. | 05909990064076 |
| 1243 | Latanoprostum | Akistan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml | 1 but.po 2,5 ml | 05909990995479 |
| 1244 | Latanoprostum | Akistan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml | 3 but.po 2,5 ml | 05909991189792 |
| 1245 | Latanoprostum | Latalux, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml | 1 but.po 2,5 ml | 05909990813582 |
| 1246 | Latanoprostum | Latanoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml | 1 but.po 2,5 ml | 05909990931873 |
| 1247 | Latanoprostum | Monoprost, krople do oczu, roztwór w pojemniku jednodawkowym, 50 µg/ml | 30 poj. | 05909991019693 |
| 1248 | Latanoprostum | Monoprost, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml | 90 szt. | 05909991019709 |
| 1249 | Latanoprostum | Rozaprost Mono, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml | 30 poj. | 05909991102883 |
| 1250 | Latanoprostum | Rozaprost Mono, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml | 90 poj. | 05909991102890 |
| 1251 | Latanoprostum | Rozaprost, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/1 ml | 1 but.po 2,5 ml | 05909990841448 |
| 1252 | Latanoprostum | Rozaprost, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml | 3 but.po 2,5 ml | 05900411001298 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1253 | Latanoprostum | Xalatan, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml | 3 but.a 2,5 ml | 05909990411825 |
| 1254 | Latanoprostum | Xalatan, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml (0,005%) | 2,5 ml (but.) | 05909990411818 |
| 1255 | Latanoprostum | Xalofree, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml | 1 but.a 7,5 ml | 05900257102555 |
| 1256 | Latanoprostum | Xaloptic Free, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml | 30 szt. | 05909991220365 |
| 1257 | Latanoprostum | Xaloptic Free, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml | 90 szt. | 05909991220396 |
| 1258 | Latanoprostum | Xaloptic, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml | 3 but.po 2,5 ml | 05903060601673 |
| 1259 | Latanoprostum | Xaloptic, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml | 2,5 ml (but.) | 05909990741311 |
| 1260 | Latanoprostum + Timololum | Akistan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml | 1 but. po 2,5 ml | 05909991429249 |
| 1261 | Latanoprostum + Timololum | Akistan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml | 3 but.po 2,5 ml | 05909991429256 |
| 1262 | Latanoprostum + Timololum | Latacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml | 3 but.po 2,5 ml | 05906414000948 |
| 1263 | Latanoprostum + Timololum | Latacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml | 1 but.po 2,5 ml | 05909990879687 |
| 1264 | Latanoprostum + Timololum | Latanoprost Timolol Genoptim, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml | 1 but. po 2,5 ml | 05909991306649 |
| 1265 | Latanoprostum + Timololum | Tilaprox, krople do oczu, 50+5 µg/ml + mg/ml | 2,5 ml | 05909990946587 |
| 1266 | Latanoprostum + Timololum | Xalacom, krople do oczu, roztwór, 0,05+5 mg/ml | 3 but.a 2,5 ml | 05415062343609 |
| 1267 | Latanoprostum + Timololum | Xalacom, krople do oczu, roztwór, 0,05+5 mg/ml | 2,5 ml (but.) | 05909991057213 |
| 1268 | Latanoprostum + Timololum | Xaloptic Combi, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml | 3 but.po 2,5 ml | 05903060606630 |
| 1269 | Latanoprostum + Timololum | Xaloptic Combi, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml | 1 but.po 2,5 ml | 05909990894543 |
| 1270 | Leflunomidum | Arava, tabl. powl., 10 mg | 30 tabl. (but.) | 05909990977826 |
| 1271 | Leflunomidum | Arava, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05901878600482 |
| 1272 | Leflunomidum | Arava, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05903792743399 |
| 1273 | Leflunomidum | Arava, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. (but.) | 05909990977925 |
| 1274 | Leflunomidum | Leflunomid Bluefish, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909991309138 |
| 1275 | Leflunomidum | Leflunomid Bluefish, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909991309145 |
| 1276 | Leflunomidum | Leflunomid Egis, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05995327191980 |
| 1277 | Leflunomidum | Leflunomid Egis, tabl. powl., 15 mg | 30 szt. | 05995327192031 |
| 1278 | Leflunomidum | Leflunomid Egis, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05995327192079 |
| 1279 | Leflunomidum | Leflunomide medac, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 04037353010604 |
| 1280 | Leflunomidum | Leflunomide medac, tabl. powl., 15 mg | 30 szt. | 04037353015388 |
| 1281 | Leflunomidum | Leflunomide medac, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 04037353010628 |
| 1282 | Leflunomidum | Leflunomide Orion, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909991510466 |
| 1283 | Leflunomidum | Leflunomide Sandoz, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909990858651 |
| 1284 | Levetiracetamum | Cezarius, roztwór doustny, 100 mg/ml | 300 ml | 05909990928149 |
| 1285 | Levetiracetamum | Cezarius, tabl. powl., 1000 mg | 50 szt. | 05909990928248 |
| 1286 | Levetiracetamum | Cezarius, tabl. powl., 250 mg | 50 szt. | 05909990928200 |
| 1287 | Levetiracetamum | Cezarius, tabl. powl., 500 mg | 50 szt. | 05909990928224 |
| 1288 | Levetiracetamum | Cezarius, tabl. powl., 750 mg | 50 szt. | 05909990928231 |
| 1289 | Levetiracetamum | Keppra, roztwór doustny, 100 mg/ml | 1 butelka 300 ml + 1 strzykawka 10 ml | 05909990006755 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1290 | Levetiracetamum | Levebon, tabl. powl., 1000 mg | 50 szt. | 05909990989805 |
| 1291 | Levetiracetamum | Levebon, tabl. powl., 500 mg | 50 szt. | 05909990989379 |
| 1292 | Levetiracetamum | Levetiracetam Accord, roztwór doustny, 100 mg/ml | 1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml | 05909991374501 |
| 1293 | Levetiracetamum | Levetiracetam Accord, tabl. powl., 1000 mg | 50 szt. | 05909990921737 |
| 1294 | Levetiracetamum | Levetiracetam Accord, tabl. powl., 1000 mg | 100 szt. | 05909990921751 |
| 1295 | Levetiracetamum | Levetiracetam Accord, tabl. powl., 250 mg | 50 szt. | 05909990921492 |
| 1296 | Levetiracetamum | Levetiracetam Accord, tabl. powl., 500 mg | 50 szt. | 05909990921577 |
| 1297 | Levetiracetamum | Levetiracetam Accord, tabl. powl., 500 mg | 100 szt. | 05909990921591 |
| 1298 | Levetiracetamum | Levetiracetam Accord, tabl. powl., 750 mg | 50 szt. | 05909990921652 |
| 1299 | Levetiracetamum | Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 250 mg | 100 szt. | 05909990921522 |
| 1300 | Levetiracetamum | Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 750 mg | 100 szt. | 05909990921676 |
| 1301 | Levetiracetamum | Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 1000 mg | 50 szt. | 05909990971305 |
| 1302 | Levetiracetamum | Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 250 mg | 50 szt. | 05909990970957 |
| 1303 | Levetiracetamum | Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 500 mg | 50 szt. | 05909990971060 |
| 1304 | Levetiracetamum | Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 750 mg | 50 szt. | 05909990971183 |
| 1305 | Levetiracetamum | Levetiracetam NeuroPharma, roztwór doustny, 100 mg/ml | 300 ml (but.) | 05909990958672 |
| 1306 | Levetiracetamum | Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 1000 mg | 50 szt. | 05909990959129 |
| 1307 | Levetiracetamum | Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 1000 mg | 100 szt. | 05909990959167 |
| 1308 | Levetiracetamum | Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 500 mg | 50 szt. | 05909990958986 |
| 1309 | Levetiracetamum | Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 500 mg | 100 szt. | 05909990959037 |
| 1310 | Levetiracetamum | Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 750 mg | 50 szt. | 05909990958856 |
| 1311 | Levetiracetamum | Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 750 mg | 100 szt. | 05909990958894 |
| 1312 | Levetiracetamum | Normeg, tabl. powl., 1000 mg | 50 szt. | 05909990998302 |
| 1313 | Levetiracetamum | Normeg, tabl. powl., 1000 mg | 100 szt. | 05909990998357 |
| 1314 | Levetiracetamum | Normeg, tabl. powl., 250 mg | 50 szt. | 05909990998135 |
| 1315 | Levetiracetamum | Normeg, tabl. powl., 500 mg | 50 szt. | 05909990998180 |
| 1316 | Levetiracetamum | Normeg, tabl. powl., 500 mg | 100 szt. | 05909990998203 |
| 1317 | Levetiracetamum | Normeg, tabl. powl., 750 mg | 50 szt. | 05909990998258 |
| 1318 | Levetiracetamum | Normeg, tabl. powl., 750 mg | 100 szt. | 05909990998272 |
| 1319 | Levetiracetamum | Polkepral, tabl. powl., 1000 mg | 50 szt. | 05909991031992 |
| 1320 | Levetiracetamum | Polkepral, tabl. powl., 1000 mg | 100 szt. | 05909991032043 |
| 1321 | Levetiracetamum | Polkepral, tabl. powl., 250 mg | 50 szt. | 05909991031497 |
| 1322 | Levetiracetamum | Polkepral, tabl. powl., 500 mg | 50 szt. | 05909991031602 |
| 1323 | Levetiracetamum | Polkepral, tabl. powl., 500 mg | 100 szt. | 05909991031640 |
| 1324 | Levetiracetamum | Polkepral, tabl. powl., 750 mg | 50 szt. | 05909991031886 |
| 1325 | Levetiracetamum | Trund, tabl. powl., 1000 mg | 50 szt. | 05909990925940 |
| 1326 | Levetiracetamum | Trund, tabl. powl., 1000 mg | 100 szt. | 05909990925957 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1327 | Levetiracetamum | Trund, tabl. powl., 250 mg | 50 szt. | 05909990925858 |
| 1328 | Levetiracetamum | Trund, tabl. powl., 500 mg | 50 szt. | 05909990925872 |
| 1329 | Levetiracetamum | Trund, tabl. powl., 500 mg | 100 szt. | 05909990925889 |
| 1330 | Levetiracetamum | Trund, tabl. powl., 750 mg | 50 szt. | 05909990925926 |
| 1331 | Levetiracetamum | Vetira, roztwór doustny , 100 mg/ml | 1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml | 05909990935901 |
| 1332 | Levetiracetamum | Vetira, roztwór doustny, 100 mg/ml | 150 ml | 05909990935895 |
| 1333 | Levetiracetamum | Vetira, tabl. powl., 1000 mg | 50 szt. | 05909990936250 |
| 1334 | Levetiracetamum | Vetira, tabl. powl., 250 mg | 50 szt. | 05909990935956 |
| 1335 | Levetiracetamum | Vetira, tabl. powl., 500 mg | 50 szt. | 05909990936052 |
| 1336 | Levetiracetamum | Vetira, tabl. powl., 750 mg | 50 szt. | 05909990936151 |
| 1337 | Levocetirizine | Zyx, tabl. powl., 5 mg | 56 szt. | 05907695215014 |
| 1338 | Levocetirizini dihydrochloridum | Alergimed, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 08595566452292 |
| 1339 | Levocetirizini dihydrochloridum | Cezera, tabl. powl., 5 mg | 20 szt. | 05909990656929 |
| 1340 | Levocetirizini dihydrochloridum | Cezera, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909990656936 |
| 1341 | Levocetirizini dihydrochloridum | Cezera, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909990656943 |
| 1342 | Levocetirizini dihydrochloridum | Cezera, tabl. powl., 5 mg | 90 szt. | 05909991192600 |
| 1343 | Levocetirizini dihydrochloridum | Cezera, tabl. powl., 5 mg | 90 tabl. | 05909991449186 |
| 1344 | Levocetirizini dihydrochloridum | Cezera, tabl. powl., 5 mg | 90 szt. | 05909991462475 |
| 1345 | Levocetirizini dihydrochloridum | Contrahist, roztwór doustny, 0,5 mg/ml | 1 but.po 200 ml | 05909990904099 |
| 1346 | Levocetirizini dihydrochloridum | Contrahist, tabl. powl., 5 mg | 56 szt. | 05906414000726 |
| 1347 | Levocetirizini dihydrochloridum | Contrahist, tabl. powl., 5 mg | 84 szt. | 05906414000733 |
| 1348 | Levocetirizini dihydrochloridum | Contrahist, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909990904129 |
| 1349 | Levocetirizini dihydrochloridum | Lirra, roztwór doustny, 0,5 mg/ml | 1 but.po 200 ml | 05902020241713 |
| 1350 | Levocetirizini dihydrochloridum | Lirra, tabl. powl., 5 mg | 56 szt. | 05902020241133 |
| 1351 | Levocetirizini dihydrochloridum | Lirra, tabl. powl., 5 mg | 84 szt. | 05902020241140 |
| 1352 | Levocetirizini dihydrochloridum | Lirra, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909990790807 |
| 1353 | Levocetirizini dihydrochloridum | Nossin, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909991060589 |
| 1354 | Levocetirizini dihydrochloridum | Xyzal 0,5 mg/ml roztwór doustny, roztwór doustny, 0,5 mg/ml | 1 but.po 200 ml | 05909990619627 |
| 1355 | Levocetirizini dihydrochloridum | Xyzal 0,5 mg/ml roztwór doustny, roztwór doustny, 0,5 mg/ml | 1 but.po 200 ml | 05909991358105 |
| 1356 | Levocetirizini dihydrochloridum | Zenaro, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909990781720 |
| 1357 | Levocetirizini dihydrochloridum | Zyx, tabl. powl., 5 mg | 84 szt. | 05907695215267 |
| 1358 | Levocetirizini dihydrochloridum | Zyx, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909990765034 |
| 1359 | Levomepromazinum | Tisercin, tabl. powl., 25 mg | 50 szt. | 05909990193912 |
| 1360 | Levothyroxinum natricum | Althyxin, tabl., 100 µg | 50 szt. | 05909991439699 |
| 1361 | Levothyroxinum natricum | Althyxin, tabl., 100 µg | 100 szt. | 05909991439705 |
| 1362 | Levothyroxinum natricum | Althyxin, tabl., 125 µg | 50 szt. | 05909991439712 |
| 1363 | Levothyroxinum natricum | Althyxin, tabl., 125 µg | 100 szt. | 05909991439729 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1364 | Levothyroxinum natricum | Althyxin, tabl., 150 µg | 50 szt. | 05909991439736 |
| 1365 | Levothyroxinum natricum | Althyxin, tabl., 150 µg | 100 szt. | 05909991439743 |
| 1366 | Levothyroxinum natricum | Althyxin, tabl., 175 µg | 50 szt. | 05909991439750 |
| 1367 | Levothyroxinum natricum | Althyxin, tabl., 200 µg | 50 szt. | 05909991439774 |
| 1368 | Levothyroxinum natricum | Althyxin, tabl., 75 µg | 50 szt. | 05909991439675 |
| 1369 | Levothyroxinum natricum | Althyxin, tabl., 75 µg | 100 szt. | 05909991439682 |
| 1370 | Levothyroxinum natricum | Eferox, tabl., 100 µg | 50 szt. | 05909991431907 |
| 1371 | Levothyroxinum natricum | Eferox, tabl., 100 µg | 100 szt. | 05909991431914 |
| 1372 | Levothyroxinum natricum | Eferox, tabl., 50 µg | 50 szt. | 05909991431884 |
| 1373 | Levothyroxinum natricum | Eferox, tabl., 50 µg | 100 szt. | 05909991431891 |
| 1374 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 100, tabl., 100 µg | 50 szt. | 05909991051419 |
| 1375 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 100, tabl., 100 µg | 100 szt. | 05909991051426 |
| 1376 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 112 µg, tabl., 112 µg | 50 szt. | 05909990719006 |
| 1377 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 125, tabl., 125 µg | 50 szt. | 05909991051518 |
| 1378 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 125, tabl., 125 µg | 100 szt. | 05909991051525 |
| 1379 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 137 µg, tabl., 137 µg | 50 szt. | 05909990719037 |
| 1380 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 150, tabl., 150 µg | 50 szt. | 05909991051617 |
| 1381 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 150, tabl., 150 µg | 100 szt. | 05909991051624 |
| 1382 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 175, tabl., 175 µg | 50 szt. | 05909991051716 |
| 1383 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 200, tabl., 200 µg | 50 szt. | 05909991051815 |
| 1384 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 25, tabl., 25 µg | 50 szt. | 05909991051112 |
| 1385 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 25, tabl., 25 µg | 100 szt. | 05909991051129 |
| 1386 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 50, tabl., 50 µg | 50 szt. | 05909991051211 |
| 1387 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 50, tabl., 50 µg | 100 szt. | 05909991051228 |
| 1388 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 75, tabl., 75 µg | 50 szt. | 05909991051310 |
| 1389 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 75, tabl., 75 µg | 100 szt. | 05909991051327 |
| 1390 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 88 µg, tabl., 88 µg | 50 szt. | 05909990718986 |
| 1391 | Levothyroxinum natricum | Letrox 100, tabl., 100 µg | 50 szt. | 05909990168910 |
| 1392 | Levothyroxinum natricum | Letrox 125 mikrogramów, tabl., 125 µg | 50 szt. | 05909991107307 |
| 1393 | Levothyroxinum natricum | Letrox 150, tabl., 150 µg | 50 szt. | 05909990820610 |
| 1394 | Levothyroxinum natricum | Letrox 50, tabl., 50 µg | 50 szt. | 05909990374014 |
| 1395 | Levothyroxinum natricum | Letrox 75 mikrogramów, tabl., 75 µg | 50 szt. | 05909991107260 |
| 1396 | Lisinoprilum | LisiHEXAL 10, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991013417 |
| 1397 | Lisinoprilum | LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg | 30 szt. | 05909991013516 |
| 1398 | Lisinoprilum | LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg | 30 szt. | 05909991357337 |
| 1399 | Lisinoprilum | LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg | 30 szt. | 05909991365691 |
| 1400 | Lisinoprilum | LisiHEXAL 5, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909991013318 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1401 | Lisinoprilum | Lisinoratio 10, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990939817 |
| 1402 | Lisinoprilum | Lisinoratio 20, tabl., 20 mg | 30 szt. | 05909990939916 |
| 1403 | Lisinoprilum | Lisinoratio 20, tabl., 20 mg | 30 szt. | 05909991427160 |
| 1404 | Lisinoprilum | Lisinoratio 5, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990939718 |
| 1405 | Lisinoprilum | Lisiprol, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909990682447 |
| 1406 | Lisinoprilum | Lisiprol, tabl., 20 mg | 28 szt. | 05909990682461 |
| 1407 | Lisinoprilum | Lisiprol, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909990682409 |
| 1408 | Lisinoprilum | Ranopril, tabl., 10 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909991133122 |
| 1409 | Lisinoprilum | Ranopril, tabl., 20 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909991133023 |
| 1410 | Lisinoprilum | Ranopril, tabl., 5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909991132927 |
| 1411 | Lithii carbonas | Lithium Carbonicum GSK, tabl., 250 mg | 60 szt. | 05909990148714 |
| 1412 | Loperamidi hydrochloridum | Loperamid WZF, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909990038220 |
| 1413 | Loratadinum | Flonidan, tabl., 10 mg | 60 szt. | 05909990223343 |
| 1414 | Loratadinum | Flonidan, tabl., 10 mg | 90 szt. | 05909990223350 |
| 1415 | Loratadinum | Flonidan, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990739233 |
| 1416 | Loratadinum | Flonidan, zawiesina doustna, 1 mg/ml | 120 ml | 05909990739318 |
| 1417 | Loratadinum | Loratadyna Galena, tabl., 10 mg | 60 szt. | 05909990670253 |
| 1418 | Loratadinum | Loratadyna Galena, tabl., 10 mg | 90 szt. | 05909990670260 |
| 1419 | Loratadinum | Loratadyna Galena, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990795420 |
| 1420 | Loratadinum | Loratan, kaps. miękkie, 10 mg | 30 szt. | 05909990909049 |
| 1421 | Loratadinum | Loratan, syrop, 5 mg/5 ml | 125 ml | 05909990839018 |
| 1422 | Losartan potassium | Losacor, tabl. powl., 50 mg | 30 szt. | 05909991055110 |
| 1423 | Losartanum | Cozaar, tabl. powl., 50 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990674411 |
| 1424 | Losartanum kalicum | Cozaar, tabl. powl., 100 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909991073428 |
| 1425 | Losartanum kalicum | Lorista, tabl. powl., 100 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990638659 |
| 1426 | Losartanum kalicum | Lorista, tabl. powl., 50 mg | 56 szt. (4 blist.po 14 szt.) | 05909990649112 |
| 1427 | Losartanum kalicum | Lorista, tabl. powl., 50 mg | 84 szt. (6 blist.po 14 szt.) | 05909990649129 |
| 1428 | Losartanum kalicum | Lorista, tabl. powl., 50 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990818914 |
| 1429 | Losartanum kalicum | Losartan Genoptim, tabl. powl., 50 mg | 28 szt. | 05909991296940 |
| 1430 | Losartanum kalicum | Losartan KRKA, tabl. powl., 50 mg | 30 szt. | 05909990956654 |
| 1431 | Losartanum kalicum | Losartic, tabl. powl., 50 mg | 28 szt. | 05909990621439 |
| 1432 | Losartanum kalicum | Lozap 50, tabl. powl., 50 mg | 30 szt. | 05909990573905 |
| 1433 | Losartanum kalicum | Presartan, tabl. powl., 50 mg | 30 szt. | 05909990724345 |
| 1434 | Losartanum kalicum | Xartan, tabl. powl., 50 mg | 30 szt. | 05909990481118 |
| 1435 | Lovastatin | Liprox, tabl., 20 mg | 28 szt. | 05909990842315 |
| 1436 | Lovastatinum | Lovasterol, tabl., 20 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990422159 |
| 1437 | Lurasidonum | Latuda, tabl. powl., 18,5 mg | 28 szt. | 05909991108670 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1438 | Lurasidonum | Latuda, tabl. powl., 37 mg | 28 szt. | 05909991108762 |
| 1439 | Lurasidonum | Latuda, tabl. powl., 74 mg | 28 szt. | 05909991108878 |
| 1440 | Mazipredonum + Miconazoli nitras | Mycosolon, maść, 20+2,5 mg/g | 15 g | 05909990129812 |
| 1441 | Mebendazolum | Vermox, tabl., 100 mg | 6 szt. | 05909990250615 |
| 1442 | Mebendazolum | Vermox, tabl., 100 mg | 6 szt. | 05909991509101 |
| 1443 | Mebendazolum | Vermox, tabl., 100 mg | 6 szt. | 05909997217963 |
| 1444 | Meloxicam | Aspicam, tabl., 15 mg | 60 szt. | 05907695215168 |
| 1445 | Meloxicamum | Aglan 15, tabl., 15 mg | 20 szt. | 05909990224883 |
| 1446 | Meloxicamum | Aglan 15, tabl., 15 mg | 30 szt. | 05909990610006 |
| 1447 | Meloxicamum | Aspicam, tabl., 15 mg | 20 szt. | 05909990997527 |
| 1448 | Meloxicamum | Mel Forte, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 20 szt. | 05909991228262 |
| 1449 | Meloxicamum | Mel Forte, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 30 szt. | 05909991228279 |
| 1450 | Meloxicamum | Meloxistad, tabl. powl., 15 mg | 20 szt. | 05909990431168 |
| 1451 | Meloxicamum | Movalis, tabl., 15 mg | 20 szt. | 05909990464418 |
| 1452 | Meloxicamum | Movalis, tabl., 15 mg | 10 szt. | 05909990464425 |
| 1453 | Meloxicamum | Opokan forte, tabl., 15 mg | 10 szt. | 05909990612406 |
| 1454 | Meloxicamum | Opokan forte, tabl., 15 mg | 30 szt. | 05909990612420 |
| 1455 | Meloxicamum | Remolexam, tabl., 15 mg | 20 szt. | 05909991343354 |
| 1456 | Melphalanum | Alkeran, tabl.powl., 2 mg | 25 szt. | 05909990283514 |
| 1457 | Mercaptopurinum | Mercaptopurinum VIS, tabl., 50 mg | 30 szt. | 05909990186112 |
| 1458 | Mesalazinum | Asamax 250, czopki, 250 mg | 30 szt. | 05909991083816 |
| 1459 | Mesalazinum | Asamax 250, tabl. dojel., 250 mg | 100 szt. | 05909991084011 |
| 1460 | Mesalazinum | Asamax 500, czopki, 500 mg | 30 szt. | 05909991083915 |
| 1461 | Mesalazinum | Asamax 500, tabl. dojel., 500 mg | 100 szt. | 05909991084110 |
| 1462 | Mesalazinum | Crohnax, czopki, 1000 mg | 14 szt. | 05907529109908 |
| 1463 | Mesalazinum | Crohnax, czopki, 1000 mg | 15 szt. | 05907529110003 |
| 1464 | Mesalazinum | Crohnax, czopki, 1000 mg | 28 szt. | 05907529110010 |
| 1465 | Mesalazinum | Crohnax, czopki, 1000 mg | 30 szt. | 05907529110027 |
| 1466 | Mesalazinum | Crohnax, czopki, 250 mg | 30 szt. | 05909991074012 |
| 1467 | Mesalazinum | Crohnax, czopki, 500 mg | 30 szt. | 05907529109809 |
| 1468 | Mesalazinum | Pentasa, czopki, 1 g | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990656813 |
| 1469 | Mesalazinum | Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 1 g | 50 sasz.po 2 g granulatu | 05909990855315 |
| 1470 | Mesalazinum | Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 2 g | 60 sasz. | 05909990974184 |
| 1471 | Mesalazinum | Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 4 g | 30 sasz. | 05909991273989 |
| 1472 | Mesalazinum | Pentasa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1 g | 60 szt. | 05909990974375 |
| 1473 | Mesalazinum | Pentasa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg | 100 szt. | 05909990662111 |
| 1474 | Mesalazinum | Pentasa, zawiesina doodbytnicza, 1 g/100 ml | 7 butelek po 100 ml | 05909990818815 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1475 | Mesalazinum | Salaza, czopki, 1000 mg | 30 szt. | 05909991433857 |
| 1476 | Mesalazinum | Salaza, czopki, 500 mg | 30 szt. | 05909991448554 |
| 1477 | Mesalazinum | Salaza, tabl. dojel., 1000 mg | 100 szt. | 05909991449964 |
| 1478 | Mesalazinum | Salaza, tabl. dojel., 500 mg | 100 szt. | 05909991418847 |
| 1479 | Mesalazinum | Salofalk 1 g, czopki, 1 g | 30 szt. | 05909990806430 |
| 1480 | Mesalazinum | Salofalk 500, czopki, 500 mg | 30 szt. | 05909990422227 |
| 1481 | Mesalazinum | Salofalk 500, tabl. dojel., 500 mg | 50 szt. | 05909990400119 |
| 1482 | Mesalazinum | Salofalk, zawiesina doodbytnicza, 4 g/60 ml | 7 but.po 60 ml | 05909990970117 |
| 1483 | Metformini hydrochloridum | Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg | 30 szt. | 05909991395322 |
| 1484 | Metformini hydrochloridum | Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg | 60 szt. | 05909991395339 |
| 1485 | Metformini hydrochloridum | Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg | 30 szt. | 05909991395247 |
| 1486 | Metformini hydrochloridum | Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg | 60 szt. | 05909991395254 |
| 1487 | Metformini hydrochloridum | Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg | 90 szt. | 05909991395261 |
| 1488 | Metformini hydrochloridum | Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg | 120 szt. | 05909991395278 |
| 1489 | Metformini hydrochloridum | Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg | 30 szt. | 05909991395285 |
| 1490 | Metformini hydrochloridum | Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg | 60 szt. | 05909991395292 |
| 1491 | Metformini hydrochloridum | Avamina, tabl. powl., 1000 mg | 90 szt. | 05903792661600 |
| 1492 | Metformini hydrochloridum | Avamina, tabl. powl., 1000 mg | 30 szt. | 05909990765423 |
| 1493 | Metformini hydrochloridum | Avamina, tabl. powl., 1000 mg | 60 szt. | 05909990765430 |
| 1494 | Metformini hydrochloridum | Avamina, tabl. powl., 500 mg | 90 szt. | 05903792661563 |
| 1495 | Metformini hydrochloridum | Avamina, tabl. powl., 500 mg | 30 szt. | 05909990765379 |
| 1496 | Metformini hydrochloridum | Avamina, tabl. powl., 500 mg | 60 szt. | 05909990765386 |
| 1497 | Metformini hydrochloridum | Avamina, tabl. powl., 850 mg | 90 szt. | 05903792661587 |
| 1498 | Metformini hydrochloridum | Avamina, tabl. powl., 850 mg | 30 szt. | 05909990765393 |
| 1499 | Metformini hydrochloridum | Avamina, tabl. powl., 850 mg | 60 szt. | 05909990765409 |
| 1500 | Metformini hydrochloridum | Diabufor XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg | 60 szt. | 05909991454722 |
| 1501 | Metformini hydrochloridum | Diabufor XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg | 60 szt. | 05909991454654 |
| 1502 | Metformini hydrochloridum | Diabufor XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg | 60 szt. | 05909991454708 |
| 1503 | Metformini hydrochloridum | Etform 500, tabl. powl., 500 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990698141 |
| 1504 | Metformini hydrochloridum | Etform 500, tabl. powl., 500 mg | 90 szt. (9 blist.po 10 szt.) | 05909990698172 |
| 1505 | Metformini hydrochloridum | Etform 850, tabl. powl., 850 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990698257 |
| 1506 | Metformini hydrochloridum | Etform 850, tabl. powl., 850 mg | 90 szt. (9 blist.po 10 szt.) | 05909990698271 |
| 1507 | Metformini hydrochloridum | Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg | 30 szt | 07613421049317 |
| 1508 | Metformini hydrochloridum | Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg | 60 szt. | 07613421049324 |
| 1509 | Metformini hydrochloridum | Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg | 120 szt. | 07613421049331 |
| 1510 | Metformini hydrochloridum | Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg | 30 szt | 07613421049256 |
| 1511 | Metformini hydrochloridum | Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg | 60 szt. | 07613421049263 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1512 | Metformini hydrochloridum | Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg | 120 szt. | 07613421049270 |
| 1513 | Metformini hydrochloridum | Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg | 30 szt | 07613421049287 |
| 1514 | Metformini hydrochloridum | Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg | 60 szt. | 07613421049294 |
| 1515 | Metformini hydrochloridum | Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg | 120 szt. | 07613421049300 |
| 1516 | Metformini hydrochloridum | Etform, tabl. powl., 1000 mg | 60 szt. | 05909991352400 |
| 1517 | Metformini hydrochloridum | Etform, tabl. powl., 1000 mg | 120 szt. | 05909991352417 |
| 1518 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powl., 1000 mg | 120 szt. | 05903060614444 |
| 1519 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powl., 1000 mg | 30 szt. | 05909990078974 |
| 1520 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powl., 1000 mg | 60 szt. | 05909990078981 |
| 1521 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powl., 1000 mg | 90 szt. | 05909990078998 |
| 1522 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powl., 500 mg | 120 szt. | 05903060614406 |
| 1523 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powl., 500 mg | 30 szt. | 05909990078943 |
| 1524 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powl., 500 mg | 60 szt. | 05909990078950 |
| 1525 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powl., 500 mg | 90 szt. | 05909990078967 |
| 1526 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powl., 850 mg | 120 szt. | 05903060614420 |
| 1527 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powl., 850 mg | 30 szt. | 05909990079001 |
| 1528 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powl., 850 mg | 60 szt. | 05909990079025 |
| 1529 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powl., 850 mg | 90 szt. | 05909990079032 |
| 1530 | Metformini hydrochloridum | Glucophage 1000 mg, tabl. powl., 1000 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 05909990717248 |
| 1531 | Metformini hydrochloridum | Glucophage 500 mg, tabl. powl., 500 mg | 30 szt. | 05909990789276 |
| 1532 | Metformini hydrochloridum | Glucophage 850 mg, tabl. powl., 850 mg | 30 szt. | 05909990789290 |
| 1533 | Metformini hydrochloridum | Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1000 mg | 60 szt. | 05909990864461 |
| 1534 | Metformini hydrochloridum | Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 05909990624751 |
| 1535 | Metformini hydrochloridum | Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg | 60 szt. (4 blist.po 15 szt.) | 05909990624768 |
| 1536 | Metformini hydrochloridum | Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg | 30 szt. | 05909990213429 |
| 1537 | Metformini hydrochloridum | Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg | 60 szt. | 05909990213436 |
| 1538 | Metformini hydrochloridum | Glucophage, tabl. powl., 850 mg | 60 szt. | 05909990789306 |
| 1539 | Metformini hydrochloridum | Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg | 30 szt. | 05909990053056 |
| 1540 | Metformini hydrochloridum | Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg | 60 szt. | 05909990933181 |
| 1541 | Metformini hydrochloridum | Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg | 90 szt. | 05909990933198 |
| 1542 | Metformini hydrochloridum | Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg | 120 szt. | 05909991252069 |
| 1543 | Metformini hydrochloridum | Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg | 60 szt. | 05909991425821 |
| 1544 | Metformini hydrochloridum | Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg | 120 szt. | 05909991425845 |
| 1545 | Metformini hydrochloridum | Metformax 500, tabl., 500 mg | 30 szt. | 05909990126316 |
| 1546 | Metformini hydrochloridum | Metformax 500, tabl., 500 mg | 60 szt. | 05909990935253 |
| 1547 | Metformini hydrochloridum | Metformax 850, tabl., 850 mg | 30 szt. | 05909990450718 |
| 1548 | Metformini hydrochloridum | Metformax 850, tabl., 850 mg | 60 szt. | 05909990935260 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1549 | Metformini hydrochloridum | Metformax 850, tabl., 850 mg | 90 szt. | 05909990935277 |
| 1550 | Metformini hydrochloridum | Metformax SR 1000, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg | 30 szt. | 05909991404918 |
| 1551 | Metformini hydrochloridum | Metformax SR 1000, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg | 60 szt. | 05909991404925 |
| 1552 | Metformini hydrochloridum | Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg | 30 szt. | 05909990652112 |
| 1553 | Metformini hydrochloridum | Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg | 60 szt. | 05909990933167 |
| 1554 | Metformini hydrochloridum | Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg | 90 szt. | 05909990933174 |
| 1555 | Metformini hydrochloridum | Metformax SR 750, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg | 30 szt. | 05909991404895 |
| 1556 | Metformini hydrochloridum | Metformax SR 750, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg | 60 szt. | 05909991404901 |
| 1557 | Metformini hydrochloridum | Metformin Bluefish, tabl. powl., 1000 mg | 30 szt. | 05909990705894 |
| 1558 | Metformini hydrochloridum | Metformin Bluefish, tabl. powl., 500 mg | 30 szt. | 05909990705474 |
| 1559 | Metformini hydrochloridum | Metformin Bluefish, tabl. powl., 850 mg | 30 szt. | 05909990705726 |
| 1560 | Metformini hydrochloridum | Ranmet XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg | 60 szt. | 05909991196110 |
| 1561 | Metformini hydrochloridum | Ranmet XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg | 60 szt. | 05909991195977 |
| 1562 | Metformini hydrochloridum | Ranmet XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg | 60 szt. | 05909991196042 |
| 1563 | Metformini hydrochloridum | Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg | 30 szt. | 05909990220984 |
| 1564 | Metformini hydrochloridum | Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg | 60 szt. | 05909990220991 |
| 1565 | Metformini hydrochloridum | Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg | 90 szt. | 05909990221004 |
| 1566 | Metformini hydrochloridum | Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg | 120 szt. | 05909990221028 |
| 1567 | Metformini hydrochloridum | Siofor 500, tabl. powl., 500 mg | 90 szt. | 04013054024331 |
| 1568 | Metformini hydrochloridum | Siofor 500, tabl. powl., 500 mg | 30 szt. | 05909990457212 |
| 1569 | Metformini hydrochloridum | Siofor 500, tabl. powl., 500 mg | 60 szt. | 05909990457229 |
| 1570 | Metformini hydrochloridum | Siofor 500, tabl. powl., 500 mg | 120 szt. | 05909990457236 |
| 1571 | Metformini hydrochloridum | Siofor 850, tabl. powl., 850 mg | 90 szt. | 04013054024348 |
| 1572 | Metformini hydrochloridum | Siofor 850, tabl. powl., 850 mg | 30 szt. | 05909990457311 |
| 1573 | Metformini hydrochloridum | Siofor 850, tabl. powl., 850 mg | 60 szt. | 05909990457328 |
| 1574 | Metformini hydrochloridum | Siofor 850, tabl. powl., 850 mg | 120 szt. | 05909990457335 |
| 1575 | Metformini hydrochloridum | Siofor XR 1000 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg | 30 szt. | 05909991394554 |
| 1576 | Metformini hydrochloridum | Siofor XR 1000 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg | 120 szt. | 05909991394585 |
| 1577 | Metformini hydrochloridum | Siofor XR 500 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg | 30 szt. | 05909991394431 |
| 1578 | Metformini hydrochloridum | Siofor XR 500 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg | 120 szt. | 05909991394462 |
| 1579 | Metformini hydrochloridum | Siofor XR 750 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg | 30 szt. | 05909991394486 |
| 1580 | Metformini hydrochloridum | Siofor XR 750 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg | 120 szt. | 05909991394516 |
| 1581 | Metformini hydrochloridum | Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg | 30 szt. | 05909991271756 |
| 1582 | Metformini hydrochloridum | Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg | 60 szt | 05909991271763 |
| 1583 | Metformini hydrochloridum | Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg | 30 szt. | 05909991271695 |
| 1584 | Metformini hydrochloridum | Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg | 60 szt | 05909991271701 |
| 1585 | Metformini hydrochloridum | Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg | 30 szt. | 05909991271732 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1586 | Metformini hydrochloridum | Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg | 60 szt | 05909991271749 |
| 1587 | Metformini hydrochloridum | Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg | 30 szt | 05909991453558 |
| 1588 | Metformini hydrochloridum | Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg | 60 szt. | 05909991453572 |
| 1589 | Metformini hydrochloridum | Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg | 60 szt. | 05909991453473 |
| 1590 | Metformini hydrochloridum | Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg | 30 szt | 05909991453497 |
| 1591 | Metformini hydrochloridum | Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg | 30 szt | 05909991453510 |
| 1592 | Metformini hydrochloridum | Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg | 60 szt. | 05909991453534 |
| 1593 | Metformini hydrochloridum | Zenofor, tabl. powl., 1000 mg | 30 szt. | 05909991488345 |
| 1594 | Metformini hydrochloridum | Zenofor, tabl. powl., 1000 mg | 60 szt. | 05909991488376 |
| 1595 | Metformini hydrochloridum | Zenofor, tabl. powl., 1000 mg | 90 szt. | 05909991488390 |
| 1596 | Metformini hydrochloridum | Zenofor, tabl. powl., 1000 mg | 120 szt. | 05909991488413 |
| 1597 | Metformini hydrochloridum | Zenofor, tabl. powl., 500 mg | 30 szt. | 05909991488086 |
| 1598 | Metformini hydrochloridum | Zenofor, tabl. powl., 500 mg | 60 szt. | 05909991488116 |
| 1599 | Metformini hydrochloridum | Zenofor, tabl. powl., 500 mg | 90 szt. | 05909991488147 |
| 1600 | Metformini hydrochloridum | Zenofor, tabl. powl., 500 mg | 120 szt. | 05909991488161 |
| 1601 | Metformini hydrochloridum | Zenofor, tabl. powl., 850 mg | 30 szt. | 05909991488215 |
| 1602 | Metformini hydrochloridum | Zenofor, tabl. powl., 850 mg | 60 szt. | 05909991488253 |
| 1603 | Metformini hydrochloridum | Zenofor, tabl. powl., 850 mg | 90 szt. | 05909991488277 |
| 1604 | Metformini hydrochloridum | Zenofor, tabl. powl., 850 mg | 120 szt. | 05909991488291 |
| 1605 | Methotrexatum | Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml | 1 amp.-strz.a 0,375 ml | 05907626701852 |
| 1606 | Methotrexatum | Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml | 4 amp.-strz.po 0,375 ml | 05907626701869 |
| 1607 | Methotrexatum | Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml | 4 amp.-strz.po 0,5 ml | 05907626701920 |
| 1608 | Methotrexatum | Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml | 4 amp.-strz.po 0,75 ml | 05907626702040 |
| 1609 | Methotrexatum | Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml | 4 amp.-strz.po 1 ml | 05909990735242 |
| 1610 | Methotrexatum | Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml | 4 amp.-strz.po 1,25 ml | 05909990735273 |
| 1611 | Methotrexatum | Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml | 4 amp.-strz.po 1,5 ml | 05909990735303 |
| 1612 | Methotrexatum | Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 12 amp.-strz.po 0,15 ml | 05909990791286 |
| 1613 | Methotrexatum | Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 12 amp.-strz.po 0,2 ml | 05909990791347 |
| 1614 | Methotrexatum | Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 12 amp.-strz.po 0,3 ml | 05909990791392 |
| 1615 | Methotrexatum | Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 12 amp.-strz.po 0,4 ml | 05909990791477 |
| 1616 | Methotrexatum | Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 12 amp.-strz.po 0,5 ml | 05909990791521 |
| 1617 | Methotrexatum | Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 12 amp.-strz.po 0,25 ml | 05909990922741 |
| 1618 | Methotrexatum | Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 12 amp.-strz.po 0,35 ml | 05909990922758 |
| 1619 | Methotrexatum | Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 12 amp.-strz.po 0,45 ml | 05909990922765 |
| 1620 | Methotrexatum | Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 12 amp.-strz.po 0,55 ml | 05909990922772 |
| 1621 | Methotrexatum | Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 12 amp.-strz.po 0,6 ml | 05909990928125 |
| 1622 | Methotrexatum | Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 15 mg | 8 wstrzykiwaczy | 05909991346867 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1623 | Methotrexatum | Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 20 mg | 8 wstrzykiwaczy | 05909991346928 |
| 1624 | Methotrexatum | Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 25 mg | 8 wstrzykiwaczy | 05909991346980 |
| 1625 | Methotrexatum | Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 30 mg | 8 wstrzykiwaczy | 05909991347048 |
| 1626 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 1 amp.-strz.po 0,15 ml | 05055565730881 |
| 1627 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 4 amp.-strz.po 0,15 ml | 05055565730898 |
| 1628 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 8 amp.-strz.po 0,15 ml | 05055565730904 |
| 1629 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 1 amp.-strz.po 0,2 ml | 05055565730911 |
| 1630 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 4 amp.-strz.po 0,2 ml | 05055565730928 |
| 1631 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 8 amp.-strz.po 0,2 ml | 05055565730935 |
| 1632 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 1 amp.-strz.po 0,25 ml | 05055565730959 |
| 1633 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 1 amp.-strz.po 0,3 ml | 05055565730966 |
| 1634 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 4 amp.-strz.po 0,3 ml | 05055565730973 |
| 1635 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 8 amp.-strz.po 0,3 ml | 05055565730980 |
| 1636 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 1 amp.-strz.po 0,35 ml | 05055565731000 |
| 1637 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 1 amp.-strz.po 0,4 ml | 05055565731024 |
| 1638 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 4 amp.-strz.po 0,4 ml | 05055565731031 |
| 1639 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 8 amp.-strz.po 0,4 ml | 05055565731048 |
| 1640 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 1 amp.-strz.po 0,45 ml | 05055565731062 |
| 1641 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 1 amp.-strz.po 0,5 ml | 05055565731079 |
| 1642 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 4 amp.-strz.po 0,5 ml | 05055565731086 |
| 1643 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 8 amp.-strz.po 0,5 ml | 05055565731093 |
| 1644 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 1 amp.-strz.po 0,6 ml | 05055565731116 |
| 1645 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 4 amp.-strz.po 0,6 ml | 05055565731123 |
| 1646 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 8 amp.-strz.po 0,6 ml | 05055565731130 |
| 1647 | Methotrexatum | Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 10 mg | 4 amp.-strz. | 05909991252724 |
| 1648 | Methotrexatum | Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 15 mg | 4 amp.-strz. | 05909991252762 |
| 1649 | Methotrexatum | Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg | 4 amp.-strz. | 05909991252809 |
| 1650 | Methotrexatum | Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 25 mg | 4 amp.-strz. | 05909991252847 |
| 1651 | Methotrexatum | Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 7,5 mg | 4 amp.-strz. | 05909991252700 |
| 1652 | Methotrexatum | Trexan Neo, tabl., 10 mg | 100 szt. | 06432100058607 |
| 1653 | Methotrexatum | Trexan Neo, tabl., 2,5 mg | 100 szt. | 05909991303570 |
| 1654 | Methotrexatum | Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 10 mg | 4 amp.-strz. | 05995327187051 |
| 1655 | Methotrexatum | Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 10 mg | 12 amp.-strz. | 05995327187068 |
| 1656 | Methotrexatum | Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 12,5 mg | 4 amp.-strz. | 05995327187082 |
| 1657 | Methotrexatum | Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 12,5 mg | 12 amp.-strz. | 05995327187099 |
| 1658 | Methotrexatum | Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 15 mg | 4 amp.-strz. | 05995327187112 |
| 1659 | Methotrexatum | Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 15 mg | 12 amp.-strz. | 05995327187129 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1660 | Methotrexatum | Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 17,5 mg | 4 amp.-strz. | 05995327187143 |
| 1661 | Methotrexatum | Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 17,5 mg | 12 amp.-strz. | 05995327187150 |
| 1662 | Methotrexatum | Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg | 4 amp.-strz. | 05995327187174 |
| 1663 | Methotrexatum | Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg | 12 amp.-strz. | 05995327187181 |
| 1664 | Methotrexatum | Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 25 mg | 4 amp.-strz. | 05995327187235 |
| 1665 | Methotrexatum | Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 25 mg | 12 amp.-strz. | 05995327187242 |
| 1666 | Methotrexatum | Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 30 mg | 4 amp.-strz. | 05995327187297 |
| 1667 | Methotrexatum | Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 30 mg | 12 amp.-strz. | 05995327187303 |
| 1668 | Methotrexatum | Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 7,5 mg | 4 amp.-strz. | 05995327187020 |
| 1669 | Methotrexatum | Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 7,5 mg | 12 amp.-strz. | 05995327187037 |
| 1670 | Methylphenidati hydrochloridum | Concerta, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 18 mg | 30 szt. | 05909990655021 |
| 1671 | Methylphenidati hydrochloridum | Concerta, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 36 mg | 30 szt. | 05909990655038 |
| 1672 | Methylphenidati hydrochloridum | Medikinet 10 mg, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990652198 |
| 1673 | Methylphenidati hydrochloridum | Medikinet 20 mg, tabl., 20 mg | 30 szt. | 05909990652204 |
| 1674 | Methylphenidati hydrochloridum | Medikinet 5 mg, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990652181 |
| 1675 | Methylphenidati hydrochloridum | Medikinet CR 10 mg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 10 mg | 30 szt. | 05909990652235 |
| 1676 | Methylphenidati hydrochloridum | Medikinet CR 20 mg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 20 mg | 30 szt. | 05909990652242 |
| 1677 | Methylphenidati hydrochloridum | Medikinet CR 30 mg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 30 mg | 30 szt. | 05909990652259 |
| 1678 | Methylphenidati hydrochloridum | Medikinet CR 40 mg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 40 mg | 30 szt. | 05909990652266 |
| 1679 | Methylprednisoloni acetas | Depo-Medrol, zawiesina do wstrzykiwań, 40 mg/ml | 1 fiol.po 1 ml | 05909990154814 |
| 1680 | Methylprednisoloni acetas + Lidocaini hydrochloridum | Depo-Medrol z Lidokainą, zawiesina do wstrzykiwań, 40+10 mg/ml | 1 fiol.po 1 ml | 05909990236312 |
| 1681 | Methylprednisolonum | Medrol, tabl., 16 mg | 50 szt. (5 blist.po 10 szt.) | 05909990683215 |
| 1682 | Methylprednisolonum | Medrol, tabl., 4 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990683123 |
| 1683 | Methylprednisolonum | Meprelon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań/infuzji, 1000 mg | 1 fiol. + 1 amp. | 05909990939220 |
| 1684 | Methylprednisolonum | Meprelon, tabl., 16 mg | 30 szt. | 05909990835539 |
| 1685 | Methylprednisolonum | Meprelon, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909990834501 |
| 1686 | Methylprednisolonum | Meprelon, tabl., 8 mg | 30 szt. | 05909990834464 |
| 1687 | Methylprednisolonum | Metypred, tabl., 16 mg | 30 szt. | 05909990316618 |
| 1688 | Methylprednisolonum | Metypred, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909990316519 |
| 1689 | Methylprednisolonum | Solu-Medrol, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 mg | 1 fiol. z prosz. + 1 fiol. z rozp. | 05909990236718 |
| 1690 | Metoprololi tartras | Metocard, tabl., 100 mg | 30 szt. | 05909990034529 |
| 1691 | Metoprololi tartras | Metocard, tabl., 50 mg | 30 szt. | 05909990034420 |
| 1692 | Metoprololi tartras | Metoprolol Medreg, tabl. powl., 100 mg | 30 szt. | 08595566452483 |
| 1693 | Mianserini hydrochloridum | Deprexolet, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909991120948 |
| 1694 | Mianserini hydrochloridum | Deprexolet, tabl. powl., 10 mg | 90 szt. | 05909991120962 |
| 1695 | Mianserini hydrochloridum | Deprexolet, tabl. powl., 30 mg | 30 szt. | 05909991121051 |
| 1696 | Mianserini hydrochloridum | Deprexolet, tabl. powl., 60 mg | 30 szt. | 05909991379391 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1697 | Mianserini hydrochloridum | Miansec 30, tabl. powl., 30 mg | 30 szt. | 03830044949655 |
| 1698 | Mianserini hydrochloridum | Miansegen, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909990883813 |
| 1699 | Mianserini hydrochloridum | Miansegen, tabl. powl., 30 mg | 30 szt. | 05909990764242 |
| 1700 | Mianserini hydrochloridum | Miansegen, tabl. powl., 60 mg | 30 szt. | 05909991064525 |
| 1701 | Mianserinum | Lerivon, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. (1 blist.po 30 szt.) | 05909990157716 |
| 1702 | Mianserinum | Lerivon, tabl. powl., 30 mg | 30 szt. (1 blist.po 30 szt.) | 05909990157822 |
| 1703 | Mianserinum | Miansec 30, tabl. powl., 30 mg | 20 szt. | 05909991124311 |
| 1704 | Mianserinum | Miansec, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909990796618 |
| 1705 | Mianserinum | Miansec, tabl. powl., 10 mg | 90 szt. | 05909990796625 |
| 1706 | Midazolamum | Buccolam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 10 mg/2ml | 4 amp.-strzyk. po 2 ml | 05909991449599 |
| 1707 | Midazolamum | Buccolam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 2,5 mg/0,5 ml | 4 amp.-strzyk. 0,5 ml | 05909991449568 |
| 1708 | Midazolamum | Buccolam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 5 mg/1 ml | 4 amp.-strzyk. po 1 ml | 05909991449575 |
| 1709 | Midazolamum | Buccolam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 7,5 mg/1,5 ml | 4 amp.-strzyk. po 1,5 ml | 05909991449582 |
| 1710 | Midazolamum | Soloxelam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 10 mg/2ml | 4 amp.-strzyk. po 2 ml | 05909991500269 |
| 1711 | Midazolamum | Soloxelam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 2,5 mg/0,5 ml | 4 amp.-strzyk. po 0,5 ml | 05909991500207 |
| 1712 | Midazolamum | Soloxelam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 5 mg/1 ml | 4 amp.-strzyk. po 1 ml | 05909991500221 |
| 1713 | Midazolamum | Soloxelam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 7,5 mg/1,5 ml | 4 amp.-strzyk. po 1,5 ml | 05909991500245 |
| 1714 | mieszanki alergoidów pyłku roślin | Purethal, zawiesina do wstrzykiwań, 20000 AUM/ml | 1 fiol.po 3 ml + 8 strz. z igłą | 05909990975419 |
| 1715 | Mieszanki wyciągów alergenowych roztoczy kurzu domowego (350 Dermatophagoides pteronyssinus, Dermatophagoides farinae) | Staloral 300, roztwór do stosowania podjęzykowego, 10 lub 300 IR/ml | 3 fiol. po 10 ml | 05909991061210 |
| 1716 | Mieszanki wyciągów alergenowych roztoczy kurzu domowego (350 Dermatophagoides pteronyssinus, Dermatophagoides farinae) | Staloral 300, roztwór do stosowania podjęzykowego, 300 IR/ml | 2 fiol. po 10 ml | 05909991061227 |
| 1717 | Mometasoni fuoras | Momester, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę | 1 but. po 140 dawek | 05909991195366 |
| 1718 | Mometasoni furoas | Elitasone, maść, 1 mg/g | 50 g | 05906071039657 |
| 1719 | Mometasoni furoas | Metmin, aerozol do nosa, 50 µg/dawkę | 1 but.po 140 dawek | 05909991141004 |
| 1720 | Mometasoni furoas | Momecutan Fettcreme, krem, 1 mg/g | 50 g | 05909991097059 |
| 1721 | Mometasoni furoas | Momecutan, maść, 1 mg/g | 50 g | 05909991137441 |
| 1722 | Mometasoni furoas | Momecutan, maść, 1 mg/g | 100 g | 05909991236199 |
| 1723 | Mometasoni furoas | Momecutan, roztwór na skórę, 1 mg/g | 50 ml | 05909991087982 |
| 1724 | Mometasoni furoas | Momecutan, roztwór na skórę, 1 mg/g | 100 ml | 05909991296384 |
| 1725 | Mometasoni furoas | Nasometin, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę odmierzoną | 1 but.po 18 g | 05909991031275 |
| 1726 | Mometasoni furoas | Pronasal, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę | 1 but.po 140 dawek | 05909991099688 |
| 1727 | Mometasoni furoas | Pronasal, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę | 2 but.po 140 daw. | 05909991099695 |
| 1728 | Montelukastum | Asmenol, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990670758 |
| 1729 | Montelukastum | Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg | 28 szt. | 05909990881758 |
| 1730 | Montelukastum | Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg | 28 szt. | 05909990881772 |
| 1731 | Montelukastum | Astmodil, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990881734 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1732 | Montelukastum | Astmodil, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909991422462 |
| 1733 | Montelukastum | Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg | 28 szt. | 05909990668144 |
| 1734 | Montelukastum | Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg | 28 szt. | 05909990668120 |
| 1735 | Montelukastum | Milukante, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990668137 |
| 1736 | Montelukastum | Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg | 28 szt. | 05909990662685 |
| 1737 | Montelukastum | Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg | 28 szt. | 05909990662647 |
| 1738 | Montelukastum | Monkasta, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990671243 |
| 1739 | Montelukastum | Montelukast Aurovitas, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg | 28 szt. | 05909990994076 |
| 1740 | Montelukastum | Montelukast Aurovitas, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg | 28 szt. | 05909990993857 |
| 1741 | Montelukastum | Montelukast Aurovitas, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909991088255 |
| 1742 | Montelukastum | Montelukast Bluefish, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990871858 |
| 1743 | Montelukastum | Montelukast Medreg, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909991329235 |
| 1744 | Montelukastum | Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg | 28 szt. | 05909990803743 |
| 1745 | Montelukastum | Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg | 28 szt. | 05909990803767 |
| 1746 | Montelukastum | Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg | 60 szt. | 05907626703481 |
| 1747 | Montelukastum | Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990780266 |
| 1748 | Montelukastum | Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909991457013 |
| 1749 | Montelukastum | Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909991472023 |
| 1750 | Montelukastum | Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg | 60 szt. | 05909991472030 |
| 1751 | Montelukastum | Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg | 28 szt. | 05909990893188 |
| 1752 | Montelukastum | Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg | 28 szt. | 05909990893263 |
| 1753 | Montelukastum | Orilukast, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909990893294 |
| 1754 | Montelukastum | Promonta 10 mg, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990671090 |
| 1755 | Montelukastum | Promonta 4 mg, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg | 28 szt. | 05909990671052 |
| 1756 | Montelukastum | Promonta 5 mg, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg | 28 szt. | 05909990671076 |
| 1757 | Montelukastum | Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg | 28 szt. | 05909991007263 |
| 1758 | Montelukastum | Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg | 28 szt. | 05909991007270 |
| 1759 | Montelukastum | Romilast, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909991007300 |
| 1760 | Morphini hydrochloridum | Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 30 szt. | 05909990743827 |
| 1761 | Morphini hydrochloridum | Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg | 30 szt. | 05909990744121 |
| 1762 | Morphini hydrochloridum | Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 30 szt. | 05909990744220 |
| 1763 | Morphini hydrochloridum | Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg | 30 szt. | 05909990743926 |
| 1764 | Morphini hydrochloridum | Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg | 30 szt. | 05909990744022 |
| 1765 | Morphini sulfas | Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml | 10 amp.po 1 ml | 05909990404919 |
| 1766 | Morphini sulfas | Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml | 10 amp.po 1 ml | 05909990405015 |
| 1767 | Morphini sulfas | MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 10 mg | 60 szt. | 05909990476237 |
| 1768 | Morphini sulfas | MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 100 mg | 60 szt. | 05909990476534 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1769 | Morphini sulfas | MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg | 60 szt. | 05909990476633 |
| 1770 | Morphini sulfas | MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg | 60 szt. | 05909990476336 |
| 1771 | Morphini sulfas | MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg | 60 szt. | 05909990476435 |
| 1772 | Morphini sulfas | Oramorph, krople doustne, roztwór, 20 mg/ml | 1 but. po 20 ml | 05909991436902 |
| 1773 | Morphini sulfas | Sevredol, tabl. powl., 20 mg | 60 szt. | 05909990336425 |
| 1774 | Mycophenolas mofetil | CellCept, kaps. twarde, 250 mg | 100 szt. | 05909990707614 |
| 1775 | Mycophenolas mofetil | CellCept, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 1 g/5 ml | 110 g (175 ml) | 05909990980918 |
| 1776 | Mycophenolas mofetil | CellCept, tabl., 500 mg | 50 szt. | 05909990707515 |
| 1777 | Mycophenolas mofetil | Mycofit, kaps. twarde, 250 mg | 100 szt. | 05909990754472 |
| 1778 | Mycophenolas mofetil | Mycofit, tabl. powl., 500 mg | 50 szt. | 05909990750993 |
| 1779 | Mycophenolas mofetil | Mycophenolate mofetil Sandoz 250 mg kapsułki twarde, kaps. twarde, 250 mg | 100 szt. | 05909990074563 |
| 1780 | Mycophenolas mofetil | Mycophenolate mofetil Sandoz 500 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 500 mg | 50 szt. (blister) | 05909990715268 |
| 1781 | Mycophenolas mofetil | Myfenax, kaps. twarde, 250 mg | 100 szt. | 05909990638185 |
| 1782 | Mycophenolas mofetil | Myfenax, tabl. powl., 500 mg | 50 szt. | 05909990638208 |
| 1783 | Nadroparinum calcicum | Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 2850 j.m. Axa/0,3 ml | 10 amp.-strz.po 0,3 ml | 05909990075621 |
| 1784 | Nadroparinum calcicum | Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 3800 j.m. Axa/0,4 ml | 10 amp.-strz.po 0,4 ml | 05909990716821 |
| 1785 | Nadroparinum calcicum | Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 5700 j.m. Axa/0,6 ml | 10 amp.-strz.po 0,6 ml | 05909990075720 |
| 1786 | Nadroparinum calcicum | Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 7600 j.m. Axa/0,8 ml | 10 amp.-strz.po 0,8 ml | 05909990716920 |
| 1787 | Nadroparinum calcicum | Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 11400 j.m. Axa/0,6 ml | 10 amp.-strz.po 0,6 ml | 05909990836932 |
| 1788 | Nadroparinum calcicum | Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 15200 j.m. AXa/0,8 ml | 10 amp.-strz.po 0,8 ml | 05909990837038 |
| 1789 | Naproxenum | Anapran EC, tabl. dojel., 250 mg | 60 szt. | 05909991054991 |
| 1790 | Naproxenum | Anapran EC, tabl. dojel., 500 mg | 60 szt. | 05909991055066 |
| 1791 | Naproxenum | Apo-Napro, tabl., 250 mg | 30 szt. | 05909990661404 |
| 1792 | Naproxenum | Apo-Napro, tabl., 250 mg | 90 szt. | 05909990661435 |
| 1793 | Naproxenum | Apo-Napro, tabl., 500 mg | 30 szt. | 05909990661442 |
| 1794 | Naproxenum | Naproxen 250 Hasco, tabl., 250 mg | 30 szt. | 05909991040529 |
| 1795 | Naproxenum | Naproxen 250 Hasco, tabl., 250 mg | 50 szt. | 05909991040536 |
| 1796 | Naproxenum | Naproxen 500 Hasco, tabl., 500 mg | 15 szt. | 05909990644179 |
| 1797 | Naproxenum | Naproxen 500 Hasco, tabl., 500 mg | 30 szt. | 05909990644186 |
| 1798 | Naproxenum | Naproxen Genoptim, tabl., 250 mg | 30 szt. | 05909991390099 |
| 1799 | Naproxenum | Naproxen Genoptim, tabl., 500 mg | 30 szt. | 05909991390143 |
| 1800 | Naproxenum | Naproxen Hasco, czopki, 250 mg | 10 szt. | 05909990914319 |
| 1801 | Naproxenum | Naproxen Hasco, czopki, 500 mg | 10 szt. | 05909990914418 |
| 1802 | Naproxenum | Naproxen Polfarmex, tabl., 500 mg | 20 szt. | 05909990466818 |
| 1803 | Naproxenum | Naproxen Polfarmex, tabl., 500 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990860685 |
| 1804 | Naproxenum natricum | Anapran, tabl. powl., 275 mg | 20 szt. | 05909990615438 |
| 1805 | Naproxenum natricum | Anapran, tabl. powl., 275 mg | 60 szt. | 05909990948536 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1806 | Naproxenum natricum | Anapran, tabl. powl., 550 mg | 20 szt. | 05909990624515 |
| 1807 | Naproxenum natricum | Anapran, tabl. powl., 550 mg | 60 szt. | 05909990948543 |
| 1808 | Naproxenum natricum | Nalgesin Forte, tabl. powl., 550 mg | 10 szt. | 05909991023782 |
| 1809 | Naproxenum natricum | Nalgesin Forte, tabl. powl., 550 mg | 20 szt. | 05909991023799 |
| 1810 | Naproxenum natricum | Nalgesin Forte, tabl. powl., 550 mg | 30 szt. | 05909991023805 |
| 1811 | Naproxenum natricum | Nalgesin Forte, tabl. powl., 550 mg | 60 szt. | 05909991023836 |
| 1812 | Natrii valproas | Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg | 100 szt. | 05909990042371 |
| 1813 | Natrii valproas | Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg | 100 szt. | 05909990042364 |
| 1814 | Natrii valproas | Convival Chrono, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg | 50 szt. | 05909990930166 |
| 1815 | Natrii valproas | Convulex, syrop, 50 mg/ml | 1 but.po 100 ml | 05909990023912 |
| 1816 | Natrii valproas | Depakine, syrop, 288,2 mg/5 ml | 150 ml | 05909990307418 |
| 1817 | Nimesulidum | Aulin, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg | 30 sasz. po 2 g | 05909990411436 |
| 1818 | Nimesulidum | Aulin, tabl., 100 mg | 15 szt. | 05909990411320 |
| 1819 | Nimesulidum | Aulin, tabl., 100 mg | 30 szt. | 05909990411337 |
| 1820 | Nimesulidum | Nimesil, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg | 30 sasz.po 2 g | 05909991040338 |
| 1821 | Octreotidum | Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 10 mg | 1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml | 05909990459711 |
| 1822 | Octreotidum | Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 20 mg | 1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml | 05909990459612 |
| 1823 | Octreotidum | Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 30 mg | 1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml | 05909990459513 |
| 1824 | Octreotidum | Sandostatin, roztwór do wstrzykiwań, 100 µg/ml | 5 amp.po 1 ml | 05909990042913 |
| 1825 | Octreotidum | Sandostatin, roztwór do wstrzykiwań, 50 µg/ml | 5 amp.po 1 ml | 05909990042715 |
| 1826 | Olanzapina | Olanzin, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909991369781 |
| 1827 | Olanzapina | Olanzin, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909991369743 |
| 1828 | Olanzapinum | Anzorin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 28 szt. | 05909990806799 |
| 1829 | Olanzapinum | Anzorin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 28 szt. | 05909990806843 |
| 1830 | Olanzapinum | Anzorin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg | 28 szt. | 05909990806881 |
| 1831 | Olanzapinum | Anzorin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 28 szt. | 05909990806751 |
| 1832 | Olanzapinum | Egolanza, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990824106 |
| 1833 | Olanzapinum | Egolanza, tabl. powl., 10 mg | 56 szt. | 05909990827343 |
| 1834 | Olanzapinum | Egolanza, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909991461294 |
| 1835 | Olanzapinum | Egolanza, tabl. powl., 10 mg | 56 szt. | 05909991461300 |
| 1836 | Olanzapinum | Egolanza, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909991480592 |
| 1837 | Olanzapinum | Egolanza, tabl. powl., 10 mg | 56 szt. | 05909991480622 |
| 1838 | Olanzapinum | Egolanza, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909990824076 |
| 1839 | Olanzapinum | Egolanza, tabl. powl., 5 mg | 56 szt. | 05909991095666 |
| 1840 | Olanzapinum | Olanzapina Mylan, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990697649 |
| 1841 | Olanzapinum | Olanzapina Mylan, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909990697526 |
| 1842 | Olanzapinum | Olanzapina Mylan, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 28 szt. | 05909991136475 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1843 | Olanzapinum | Olanzapina Mylan, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 28 szt. | 05909991136499 |
| 1844 | Olanzapinum | Olanzapina Mylan, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg | 28 szt. | 05909991136512 |
| 1845 | Olanzapinum | Olanzapina Mylan, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 28 szt. | 05909991136451 |
| 1846 | Olanzapinum | Olanzapine +pharma, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05901720140074 |
| 1847 | Olanzapinum | Olanzapine +pharma, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05901720140067 |
| 1848 | Olanzapinum | Olanzapine Apotex, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990793365 |
| 1849 | Olanzapinum | Olanzapine Apotex, tabl. powl., 10 mg | 98 szt. | 05909991230593 |
| 1850 | Olanzapinum | Olanzapine Apotex, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909990793341 |
| 1851 | Olanzapinum | Olanzapine Apotex, tabl. powl., 5 mg | 98 szt. | 05909991230586 |
| 1852 | Olanzapinum | Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 28 szt. | 05909990793389 |
| 1853 | Olanzapinum | Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 98 szt. | 05909991230616 |
| 1854 | Olanzapinum | Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg | 28 szt. | 05909990793402 |
| 1855 | Olanzapinum | Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 98 szt. | 05909991230609 |
| 1856 | Olanzapinum | Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 28 szt. | 05909990865956 |
| 1857 | Olanzapinum | Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 28 szt. | 05909990866021 |
| 1858 | Olanzapinum | Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 28 szt. | 05909990865901 |
| 1859 | Olanzapinum | Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 28 szt. | 05909990763467 |
| 1860 | Olanzapinum | Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 28 szt. | 05909990763481 |
| 1861 | Olanzapinum | Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg | 28 szt. | 05909990763498 |
| 1862 | Olanzapinum | Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 28 szt. | 05909990763443 |
| 1863 | Olanzapinum | Olanzapine Mylan, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05901878600451 |
| 1864 | Olanzapinum | Olanzapine Mylan, tabl. powl., 10 mg | 98 szt. | 05902020926870 |
| 1865 | Olanzapinum | Olanzaran, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 28 szt. | 05909990767052 |
| 1866 | Olanzapinum | Olanzaran, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909990766901 |
| 1867 | Olanzapinum | Olanzaran, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909990766895 |
| 1868 | Olanzapinum | Olanzin, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990637218 |
| 1869 | Olanzapinum | Olanzin, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909990637126 |
| 1870 | Olanzapinum | Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 28 szt. | 05909990782260 |
| 1871 | Olanzapinum | Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 28 tabl. | 05909991094539 |
| 1872 | Olanzapinum | Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg | 28 szt. | 05909990925186 |
| 1873 | Olanzapinum | Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 28 szt. | 05909990782253 |
| 1874 | Olanzapinum | Olazax, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909990782246 |
| 1875 | Olanzapinum | Olazax, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909990782239 |
| 1876 | Olanzapinum | Olpinat, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990781805 |
| 1877 | Olanzapinum | Olpinat, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909990781782 |
| 1878 | Olanzapinum | Olzapin, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990335367 |
| 1879 | Olanzapinum | Olzapin, tabl. powl., 10 mg | 56 szt. | 05909990335374 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1880 | Olanzapinum | Olzapin, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909990422241 |
| 1881 | Olanzapinum | Olzapin, tabl. powl., 10 mg | 60 szt. | 05909990422258 |
| 1882 | Olanzapinum | Olzapin, tabl. powl., 10 mg | 90 szt. | 05909991066000 |
| 1883 | Olanzapinum | Olzapin, tabl. powl., 10 mg | 120 szt. | 05909991144265 |
| 1884 | Olanzapinum | Olzapin, tabl. powl., 10 mg | 112 szt. | 05909991231910 |
| 1885 | Olanzapinum | Olzapin, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909990335343 |
| 1886 | Olanzapinum | Olzapin, tabl. powl., 5 mg | 56 szt. | 05909990335350 |
| 1887 | Olanzapinum | Olzapin, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909990422265 |
| 1888 | Olanzapinum | Olzapin, tabl. powl., 5 mg | 60 szt. | 05909990422272 |
| 1889 | Olanzapinum | Olzapin, tabl. powl., 5 mg | 90 szt. | 05909991065942 |
| 1890 | Olanzapinum | Olzapin, tabl. powl., 5 mg | 120 szt. | 05909991144258 |
| 1891 | Olanzapinum | Olzapin, tabl. powl., 5 mg | 112 szt. | 05909991231927 |
| 1892 | Olanzapinum | Ranofren, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909990640287 |
| 1893 | Olanzapinum | Zalasta, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909991081911 |
| 1894 | Olanzapinum | Zalasta, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909991081812 |
| 1895 | Olanzapinum | Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 28 szt. | 05909990069866 |
| 1896 | Olanzapinum | Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 70 szt. | 05909990069897 |
| 1897 | Olanzapinum | Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 28 szt. | 05909990069958 |
| 1898 | Olanzapinum | Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 70 szt. | 05909990069989 |
| 1899 | Olanzapinum | Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg | 28 szt. | 05909990070008 |
| 1900 | Olanzapinum | Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg | 70 szt. | 05909990070046 |
| 1901 | Olanzapinum | Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 28 szt. | 05909990069705 |
| 1902 | Olanzapinum | Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 70 szt. | 05909990069750 |
| 1903 | Olanzapinum | Zalasta, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05901878600123 |
| 1904 | Olanzapinum | Zalasta, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05903792743061 |
| 1905 | Olanzapinum | Zalasta, tabl., 10 mg | 70 szt. | 05909990069361 |
| 1906 | Olanzapinum | Zalasta, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991444570 |
| 1907 | Olanzapinum | Zalasta, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05901878600826 |
| 1908 | Olanzapinum | Zalasta, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05903792743078 |
| 1909 | Olanzapinum | Zalasta, tabl., 5 mg | 70 szt. | 05909990069293 |
| 1910 | Olanzapinum | Zolafren, kaps. twarde, 10 mg | 30 szt. | 05909991064716 |
| 1911 | Olanzapinum | Zolafren, kaps. twarde, 5 mg | 30 szt. | 05909991064518 |
| 1912 | Olanzapinum | Zolafren, kaps. twarde, 7,5 mg | 30 szt. | 05909991064617 |
| 1913 | Olanzapinum | Zolafren, tabl. powl., 10 mg | 120 szt. | 05906414000610 |
| 1914 | Olanzapinum | Zolafren, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909990917013 |
| 1915 | Olanzapinum | Zolafren, tabl. powl., 10 mg | 90 szt. | 05909991191184 |
| 1916 | Olanzapinum | Zolafren, tabl. powl., 15 mg | 30 szt. | 05906414002737 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1917 | Olanzapinum | Zolafren, tabl. powl., 15 mg | 90 szt. | 05906414002744 |
| 1918 | Olanzapinum | Zolafren, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05906414002751 |
| 1919 | Olanzapinum | Zolafren, tabl. powl., 20 mg | 90 szt. | 05906414002768 |
| 1920 | Olanzapinum | Zolafren, tabl. powl., 5 mg | 120 szt. | 05906414000603 |
| 1921 | Olanzapinum | Zolafren, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909990916917 |
| 1922 | Olanzapinum | Zolafren, tabl. powl., 5 mg | 90 szt. | 05909991191177 |
| 1923 | Olanzapinum | Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 84 szt. | 05906414000665 |
| 1924 | Olanzapinum | Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 112 szt. | 05906414000696 |
| 1925 | Olanzapinum | Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 28 szt. | 05909990775682 |
| 1926 | Olanzapinum | Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 84 szt. | 05906414000672 |
| 1927 | Olanzapinum | Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 112 szt. | 05906414000702 |
| 1928 | Olanzapinum | Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 28 szt. | 05909990775712 |
| 1929 | Olanzapinum | Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg | 84 szt. | 05906414000689 |
| 1930 | Olanzapinum | Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg | 112 szt. | 05906414000719 |
| 1931 | Olanzapinum | Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg | 28 szt. | 05909990775729 |
| 1932 | Olanzapinum | Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 84 szt. | 05906414000641 |
| 1933 | Olanzapinum | Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 112 szt. | 05906414000658 |
| 1934 | Olanzapinum | Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 28 szt. | 05909990775675 |
| 1935 | Olanzapinum | Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 28 szt. | 05909990892129 |
| 1936 | Olanzapinum | Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 56 szt. | 05909990892143 |
| 1937 | Olanzapinum | Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 28 szt. | 05909990892150 |
| 1938 | Olanzapinum | Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 56 szt. | 05909990892174 |
| 1939 | Olanzapinum | Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg | 28 szt. | 05909990892303 |
| 1940 | Olanzapinum | Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg | 56 szt. | 05909990892341 |
| 1941 | Olanzapinum | Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 28 szt. | 05909990892082 |
| 1942 | Olanzapinum | Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 56 szt. | 05909990892105 |
| 1943 | Olanzapinum | Zolaxa, tabl. powl., 10 mg | 90 szt. | 05903060609709 |
| 1944 | Olanzapinum | Zolaxa, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909991097011 |
| 1945 | Olanzapinum | Zolaxa, tabl. powl., 15 mg | 90 szt. | 05903060609716 |
| 1946 | Olanzapinum | Zolaxa, tabl. powl., 15 mg | 30 szt. | 05909990849581 |
| 1947 | Olanzapinum | Zolaxa, tabl. powl., 20 mg | 90 szt. | 05903060609723 |
| 1948 | Olanzapinum | Zolaxa, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909990849635 |
| 1949 | Olanzapinum | Zolaxa, tabl. powl., 5 mg | 90 szt. | 05903060609693 |
| 1950 | Olanzapinum | Zolaxa, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909991096816 |
| 1951 | Olanzapinum | Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 28 szt. | 05909990914647 |
| 1952 | Olanzapinum | Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg | 28 szt. | 05909990914661 |
| 1953 | Olanzapinum | Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 28 szt. | 05909990914630 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1954 | Omeprazolum | Agastin 20 mg, kaps. dojel. twarde, 20 mg | 28 szt. | 05909990068425 |
| 1955 | Omeprazolum | Bioprazol, kaps. dojel. twarde, 40 mg | 28 szt. | 05909991140779 |
| 1956 | Omeprazolum | Bioprazol, kaps. dojelitowe twarde, 40 mg | 56 szt. | 05909991140809 |
| 1957 | Omeprazolum | Bioprazol, kaps. twarde, 20 mg | 28 szt. | 05909990880225 |
| 1958 | Omeprazolum | Gasec-20 Gastrocaps, kaps., 20 mg | 28 szt. | 05909990420537 |
| 1959 | Omeprazolum | Gasec-20 Gastrocaps, kaps., 20 mg | 56 szt. | 05909990420544 |
| 1960 | Omeprazolum | Goprazol 20 mg, kaps. dojel. twarde, 20 mg | 28 szt. | 05909990077663 |
| 1961 | Omeprazolum | Helicid 20, kaps., 20 mg | 14 szt. (but. 20 ml) | 05909990420612 |
| 1962 | Omeprazolum | Helicid 20, kaps., 20 mg | 28 szt. | 05909990420629 |
| 1963 | Omeprazolum | Helicid 20, kaps., 20 mg | 90 szt. | 05909990422654 |
| 1964 | Omeprazolum | Helicid Forte, kaps. dojel. twarde, 40 mg | 28 szt. | 05909990921324 |
| 1965 | Omeprazolum | Heligen Neo, kaps. dojelitowe, twarde, 20 mg | 28 szt. | 05909991274467 |
| 1966 | Omeprazolum | Heligen Neo, kaps. dojelitowe, twarde, 40 mg | 28 szt. | 05909991274511 |
| 1967 | Omeprazolum | Omeprazole Genoptim, kaps. dojelitowe, twarde, 40 mg | 28 szt. | 05909991271442 |
| 1968 | Omeprazolum | Omeprazole Genoptim, kaps., 20 mg | 28 szt. | 05909990668779 |
| 1969 | Omeprazolum | Polprazol PPH, kaps. dojel. twarde, 40 mg | 28 szt. | 05909990077731 |
| 1970 | Omeprazolum | Polprazol, kaps. dojel. twarde, 20 mg | 28 szt. | 05909990772667 |
| 1971 | Omeprazolum | Prazol, kaps., 20 mg | 28 szt. | 05909990772933 |
| 1972 | Omeprazolum | Prenome, kaps. dojelitowe, twarde, 20 mg | 28 szt. | 05909991272753 |
| 1973 | Omeprazolum | Prenome, kaps. dojelitowe, twarde, 40 mg | 28 szt. | 05909991272739 |
| 1974 | Omeprazolum | Progastim, kaps. dojel., 20 mg | 1 but.po 28 szt. | 05909990635450 |
| 1975 | Omeprazolum | Ultop, kaps. dojel. twarde, 20 mg | 28 szt. | 05909990796298 |
| 1976 | Omeprazolum | Ultop, kaps. dojel., 20 mg | 56 szt. | 05909990796359 |
| 1977 | Omeprazolum | Ultop, kaps. dojel., 40 mg | 28 szt. | 05909990796533 |
| 1978 | Ondansetronum | Atossa, tabl. powl., 8 mg | 10 szt. | 05909990744510 |
| 1979 | Ondansetronum | Ondansetron Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4 mg | 10 szt. | 05909990777044 |
| 1980 | Ondansetronum | Ondansetron Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 8 mg | 10 szt. | 05909990777150 |
| 1981 | Ondansetronum | Setronon, tabl. powl., 8 mg | 10 szt. | 05909990994717 |
| 1982 | Ondansetronum | Zofran Zydis, liofilizat doustny, 8 mg | 10 szt. | 05909990888016 |
| 1983 | Ondansetronum | Zofran, tabl. powl., 4 mg | 10 szt. | 05909990001811 |
| 1984 | Ondansetronum | Zofran, tabl. powl., 8 mg | 10 szt. | 05909990001910 |
| 1985 | Oxcarbazepinum | Karbagen, tabl. powl., 150 mg | 50 szt. | 05909990048809 |
| 1986 | Oxcarbazepinum | Karbagen, tabl. powl., 300 mg | 50 szt. | 05909990048823 |
| 1987 | Oxcarbazepinum | Karbagen, tabl. powl., 600 mg | 50 szt. | 05909990048854 |
| 1988 | Oxcarbazepinum | Oxepilax, tabl., 300 mg | 50 szt. | 05909991057480 |
| 1989 | Oxcarbazepinum | Oxepilax, tabl., 600 mg | 50 szt. | 05909991057497 |
| 1990 | Oxcarbazepinum | Trileptal, tabl. powl., 300 mg | 50 szt. | 05909990825615 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1991 | Oxcarbazepinum | Trileptal, tabl. powl., 600 mg | 50 szt. | 05909990825714 |
| 1992 | Oxcarbazepinum | Trileptal, zawiesina doustna, 60 mg/ml | 250 ml | 05909990747115 |
| 1993 | Oxybutynini hydrochloridum | Driptane, tabl., 5 mg | 60 szt. | 05909990783816 |
| 1994 | Oxybutynini hydrochloridum | Oxybutyninum Aflofarm, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909991427184 |
| 1995 | Oxybutynini hydrochloridum | Oxybutyninum Aflofarm, tabl., 5 mg | 60 szt. | 05909991427191 |
| 1996 | Oxycodoni hydrochloridum | Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 100 szt. | 05909990940769 |
| 1997 | Oxycodoni hydrochloridum | Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg | 100 szt. | 05909990941247 |
| 1998 | Oxycodoni hydrochloridum | Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg | 100 szt. | 05909990941407 |
| 1999 | Oxycodoni hydrochloridum | Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg | 100 szt. | 05909990941568 |
| 2000 | Oxycodoni hydrochloridum | OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 60 szt. | 05909990643943 |
| 2001 | Oxycodoni hydrochloridum | OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg | 60 szt. | 05909990644001 |
| 2002 | Oxycodoni hydrochloridum | OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg | 60 szt. | 05909990644025 |
| 2003 | Oxycodoni hydrochloridum | OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg | 60 szt. | 05909990643905 |
| 2004 | Oxycodoni hydrochloridum | OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg | 60 szt. | 05909990644049 |
| 2005 | Oxycodoni hydrochloridum | Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 60 szt. | 05909990839643 |
| 2006 | Oxycodoni hydrochloridum | Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg | 60 szt. | 05909990839780 |
| 2007 | Oxycodoni hydrochloridum | Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg | 60 szt. | 05909990840038 |
| 2008 | Oxycodoni hydrochloridum | Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg | 60 szt. | 05909990839469 |
| 2009 | Oxycodoni hydrochloridum | Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg | 60 szt. | 05909990840182 |
| 2010 | Oxycodoni hydrochloridum | Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 60 tabl. | 05909991184827 |
| 2011 | Oxycodoni hydrochloridum | Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg | 60 tabl. | 05909991184865 |
| 2012 | Oxycodoni hydrochloridum | Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg | 60 tabl. | 05909991184902 |
| 2013 | Oxycodoni hydrochloridum | Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg | 60 tabl. | 05909991184742 |
| 2014 | Oxycodoni hydrochloridum | Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg | 60 tabl. | 05909991184940 |
| 2015 | Pancreatinum | Lipancrea 16 000, kaps., 16000 j.Ph. Eur. Lipazy | 60 szt. | 05909990723164 |
| 2016 | Pantoprazolum | Anesteloc 40 mg, tabl. dojel., 40 mg | 28 szt. | 05909990621040 |
| 2017 | Pantoprazolum | Anesteloc, tabl. dojel., 20 mg | 28 szt. | 05909990621026 |
| 2018 | Pantoprazolum | Contix, tabl. dojel., 20 mg | 14 szt. | 05909991128814 |
| 2019 | Pantoprazolum | Contix, tabl. dojel., 40 mg | 14 szt. | 05909991128418 |
| 2020 | Pantoprazolum | Contix, tabl. powl., 20 mg | 112 szt. | 05909991246525 |
| 2021 | Pantoprazolum | Contix, tabl. powl., 40 mg | 112 szt. | 05909991246532 |
| 2022 | Pantoprazolum | Controloc 20, tabl. dojel., 20 mg | 14 szt. (1 blist.po 14 szt.) | 05909990478767 |
| 2023 | Pantoprazolum | Controloc 20, tabl. dojel., 20 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990478774 |
| 2024 | Pantoprazolum | Controloc 40, tabl. dojel., 40 mg | 14 szt. (1 blist.po 14 szt.) | 05909990689842 |
| 2025 | Pantoprazolum | Controloc 40, tabl. dojel., 40 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990689859 |
| 2026 | Pantoprazolum | Gerdin 20 mg, tabl. dojel., 20 mg | 28 szt. | 05909991245399 |
| 2027 | Pantoprazolum | Gerdin 40 mg, tabl. dojel., 40 mg | 28 szt. | 05909991245337 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 2028 | Pantoprazolum | IPP 20, tabl. dojel., 20 mg | 28 szt. | 05909990085033 |
| 2029 | Pantoprazolum | IPP 40, tabl. dojel., 40 mg | 28 szt. | 05909990082643 |
| 2030 | Pantoprazolum | Noacid, tabl. dojel., 20 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990645640 |
| 2031 | Pantoprazolum | Noacid, tabl. dojel., 40 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990645732 |
| 2032 | Pantoprazolum | Nolpaza 20 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 20 mg | 28 szt. | 05909990075003 |
| 2033 | Pantoprazolum | Nolpaza 20, tabl. dojel., 20 mg | 56 szt. | 05909990075041 |
| 2034 | Pantoprazolum | Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 40 mg | 28 szt. | 05909990075089 |
| 2035 | Pantoprazolum | Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 40 mg | 56 szt. | 05909990075126 |
| 2036 | Pantoprazolum | Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojelitowe, 40 mg | 28 szt. | 05909991448967 |
| 2037 | Pantoprazolum | Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojelitowe, 40 mg | 56 szt. | 05909991448974 |
| 2038 | Pantoprazolum | Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojelitowe, 40 mg | 28 szt. | 05909991459789 |
| 2039 | Pantoprazolum | Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojelitowe, 40 mg | 56 szt. | 05909991459796 |
| 2040 | Pantoprazolum | Nolpaza, tabl. dojel., 20 mg | 90 szt. | 05909990845521 |
| 2041 | Pantoprazolum | Nolpaza, tabl. dojel., 40 mg | 90 szt. | 05909990845552 |
| 2042 | Pantoprazolum | Ozzion, tabl. dojel., 20 mg | 28 szt. | 05909990892761 |
| 2043 | Pantoprazolum | Ozzion, tabl. dojel., 20 mg | 56 szt. | 05909991186371 |
| 2044 | Pantoprazolum | Ozzion, tabl. dojel., 40 mg | 28 szt. | 05909990892853 |
| 2045 | Pantoprazolum | Ozzion, tabl. dojel., 40 mg | 56 szt. | 05909991186418 |
| 2046 | Pantoprazolum | Pamyl 20 mg, tabl. dojel., 20 mg | 28 szt. | 05909991046897 |
| 2047 | Pantoprazolum | Pamyl 40 mg, tabl. dojel., 40 mg | 28 szt. | 05909991046941 |
| 2048 | Pantoprazolum | Panprazox, tabl. dojel., 20 mg | 28 szt. | 05909990817184 |
| 2049 | Pantoprazolum | Panprazox, tabl. dojel., 40 mg | 28 szt. | 05909990817320 |
| 2050 | Pantoprazolum | Panrazol, tabl. dojel., 20 mg | 28 szt. | 05909990698974 |
| 2051 | Pantoprazolum | Panrazol, tabl. dojel., 20 mg | 56 szt. | 05909990698981 |
| 2052 | Pantoprazolum | Panrazol, tabl. dojel., 40 mg | 28 szt. | 05909990699209 |
| 2053 | Pantoprazolum | Pantoprazole Bluefish, tabl. dojel., 20 mg | 28 szt. | 05909990793907 |
| 2054 | Pantoprazolum | Pantoprazole Bluefish, tabl. dojel., 40 mg | 28 szt. | 05909990794188 |
| 2055 | Pantoprazolum | Pantoprazole Genoptim, tabl. dojel., 20 mg | 28 szt. | 05909991139759 |
| 2056 | Pantoprazolum | Pantoprazole Genoptim, tabl. dojel., 40 mg | 28 szt. | 05909991035631 |
| 2057 | Pantoprazolum | Pantoprazole Genoptim, tabl. dojelitowe, 20 mg | 56 szt. | 05907553017927 |
| 2058 | Pantoprazolum | Pantoprazole Genoptim, tabl. dojelitowe, 40 mg | 56 szt. | 05907553017934 |
| 2059 | Pantoprazolum | Panzol, tabl. dojel., 20 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990652334 |
| 2060 | Pantoprazolum | Panzol, tabl. dojel., 40 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990652372 |
| 2061 | Pantoprazolum | Panzol, tabl. dojelitowe, 20 mg | 56 szt. | 05909991069681 |
| 2062 | Pantoprazolum | Ranloc, tabl. dojel., 20 mg | 28 szt. | 05909990730100 |
| 2063 | Pantoprazolum | Ranloc, tabl. dojel., 40 mg | 28 szt. | 05909990730179 |
| 2064 | Penicillaminum | Cuprenil, tabl. powl., 250 mg | 30 szt. | 05909990126217 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 2065 | Perazinum | Perazin 100 mg, tabl., 100 mg | 30 szt. | 05909990858514 |
| 2066 | Perazinum | Perazin 200 mg, tabl., 200 mg | 30 szt. | 05909991033453 |
| 2067 | Perazinum | Perazin 25 mg, tabl., 25 mg | 20 szt. | 05909990858415 |
| 2068 | Perazinum | Perazin 25 mg, tabl., 25 mg | 50 szt. | 05909990914838 |
| 2069 | Perazinum | Perazin 50 mg, tabl., 50 mg | 30 szt. | 05909991033422 |
| 2070 | Perazinum | Pernazinum, tabl., 100 mg | 30 szt. | 05909990199518 |
| 2071 | Perazinum | Pernazinum, tabl., 25 mg | 60 szt. | 05906745439141 |
| 2072 | Perazinum | Pernazinum, tabl., 25 mg | 20 szt. | 05909990202614 |
| 2073 | Phenobarbitalum | Luminalum Unia, tabl., 100 mg | 10 szt. | 05909990812615 |
| 2074 | Phenobarbitalum | Luminalum, tabl., 100 mg | 10 szt. | 05909990260614 |
| 2075 | Phenoxymethylpenicillinum | Ospen 1500, tabl. powl., 1500000 j.m. | 30 szt. | 05909990071029 |
| 2076 | Phenoxymethylpenicillinum | Ospen 750, zawiesina doustna, 750000 j.m./5 ml | 150 ml | 05909990363223 |
| 2077 | Phenoxymethylpenicillinum kalicum | Ospen 1000, tabl. powl., 1000000 j.m. | 12 szt. | 05909990070916 |
| 2078 | Phenoxymethylpenicillinum kalicum | Ospen 1000, tabl. powl., 1000000 j.m. | 30 szt. | 05909990070923 |
| 2079 | Phenoxymethylpenicillinum kalicum | Ospen 1500, tabl. powl., 1500000 j.m. | 12 szt. | 05909990071012 |
| 2080 | Phenoxymetylopenicillinum potassium | Polcylin, Granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/ml | 1 but. 125 ml | 05904016013205 |
| 2081 | Phenoxymetylopenicillinum potassium | Polcylin, Granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/ml | 1 but. 60 ml | 05904016013212 |
| 2082 | Phenytoinum | Phenytoinum WZF, tabl., 100 mg | 60 szt. | 05909990093519 |
| 2083 | Phytomenadionum (vit. K1) | Vitacon, tabl. drażowane, 10 mg | 30 szt. | 05909990772810 |
| 2084 | Pilocarpini hydrochloridum | Pilocarpinum WZF 2%, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml | 10 ml (2x5 ml) | 05909990237524 |
| 2085 | pojedyncze alergoidy pyłków roślin | Purethal, zawiesina do wstrzykiwań, 20000 AUM/ml | 1 fiol.po 3 ml + 8 strz. z igłą | 05909990975310 |
| 2086 | Posaconazolum | Posaconazole Glenmark, zawiesina doustna, 40 mg/ml | 105 ml | 08595112678152 |
| 2087 | Posaconazolum | Posaconazole Mylan, zawiesina doustna, 40 mg/ml | 105 ml | 05901797710743 |
| 2088 | Posaconazolum | Posaconazole Stada, zawiesina doustna, 40 mg/ml | 105 ml | 05909991368562 |
| 2089 | Posaconazolum | Posaconazole Teva, zawiesina doustna, 40 mg/ml | 105 ml | 05909991422059 |
| 2090 | Prednisolonum | Encortolon, tabl., 5 mg | 20 szt. | 05904374007946 |
| 2091 | Prednisolonum | Predasol, tabl., 20 mg | 20 szt. | 05909991356712 |
| 2092 | Prednisonum | Encorton, tabl., 1 mg | 20 szt. | 05909991289416 |
| 2093 | Prednisonum | Encorton, tabl., 10 mg | 20 szt. | 05909990405312 |
| 2094 | Prednisonum | Encorton, tabl., 20 mg | 20 szt. | 05909990405411 |
| 2095 | Prednisonum | Encorton, tabl., 5 mg | 20 szt. | 05909990641185 |
| 2096 | Prednisonum | Encorton, tabl., 5 mg | 100 szt. | 05909990641192 |
| 2097 | Pregabalinum | Lyrica, kaps. twarde, 150 mg | 56 szt. | 05903792743252 |
| 2098 | Pregabalinum | Lyrica, kaps. twarde, 150 mg | 14 szt. | 05909990009350 |
| 2099 | Pregabalinum | Lyrica, kaps. twarde, 150 mg | 56 szt. | 05909990009367 |
| 2100 | Pregabalinum | Lyrica, kaps. twarde, 75 mg | 14 szt. | 05909990009282 |
| 2101 | Pregabalinum | Lyrica, kaps. twarde, 75 mg | 56 szt. | 05909990009299 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 2102 | Pregabalinum | Lyrica, kapsułki twarde, 150 mg | 56 szt. | 05901878600550 |
| 2103 | Pregabalinum | Lyrica, kapsułki twarde, 75 mg | 56 szt. | 05901878600543 |
| 2104 | Pregabalinum | Naxalgan, kaps. twarde, 150 mg | 60 szt. | 05909991378295 |
| 2105 | Pregabalinum | Naxalgan, kaps. twarde, 75 mg | 60 szt. | 05909991378226 |
| 2106 | Pregabalinum | Preato, tabl., 100 mg | 56 szt. | 05909991400460 |
| 2107 | Pregabalinum | Preato, tabl., 150 mg | 56 szt. | 05909991400477 |
| 2108 | Pregabalinum | Preato, tabl., 200 mg | 56 szt. | 05909991400484 |
| 2109 | Pregabalinum | Preato, tabl., 75 mg | 56 szt. | 05909991400453 |
| 2110 | Pregabalinum | Preato, tabl., 75 mg | 28 szt. | 05909991421236 |
| 2111 | Pregabalinum | Pregabalin Sandoz, kaps. twarde, 150 mg | 70 szt. | 05907626705072 |
| 2112 | Pregabalinum | Pregabalin Sandoz, kaps. twarde, 75 mg | 70 szt. | 05907626704839 |
| 2113 | Progesteronum | Cyclogest, glob. dopochwowe, 400 mg | 15 szt. | 05907594032521 |
| 2114 | Progesteronum | Luteina 50, tabl. podjęzykowe, 50 mg | 30 szt. | 05906414002355 |
| 2115 | Progesteronum | Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg | 30 szt. | 05909991076207 |
| 2116 | Progesteronum | Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg | 60 szt. | 05909991103231 |
| 2117 | Progesteronum | Luteina, tabl. dopochwowe, 200 mg | 30 szt. | 05909991076238 |
| 2118 | Progesteronum | Luteina, tabl. dopochwowe, 50 mg | 30 szt. | 05909990569380 |
| 2119 | Progesteronum | Utrogestan, kaps. dopochwowe, miękkie, 200 mg | 15 szt. | 05909991401450 |
| 2120 | Propafenoni hydrochloridum | Polfenon, tabl. powl., 150 mg | 20 szt. | 05909990034123 |
| 2121 | Propranololi hydrochloridum | Propranolol Accord, tabl. powl., 10 mg | 50 szt. | 05909991033507 |
| 2122 | Propranololi hydrochloridum | Propranolol Accord, tabl. powl., 40 mg | 50 szt. | 05909991033590 |
| 2123 | Propranololi hydrochloridum | Propranolol WZF, tabl., 10 mg | 50 szt. | 05909990112111 |
| 2124 | Propranololi hydrochloridum | Propranolol WZF, tabl., 40 mg | 50 szt. | 05909990112210 |
| 2125 | Pyrazinamidum | Pyrazinamid Farmapol, tabl., 500 mg | 250 szt. | 05909990263516 |
| 2126 | Pyridostigmini bromidum | Mestinon, tabl. drażowane, 60 mg | 150 szt. | 05909991014421 |
| 2127 | Quetiapinum | ApoTiapina, tabl. powl., 100 mg | 60 tabl. | 05909990910762 |
| 2128 | Quetiapinum | ApoTiapina, tabl. powl., 200 mg | 60 tabl. | 05909990910779 |
| 2129 | Quetiapinum | ApoTiapina, tabl. powl., 25 mg | 30 tabl. | 05909990897780 |
| 2130 | Quetiapinum | Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 60 szt. | 05909991326319 |
| 2131 | Quetiapinum | Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg | 60 szt. | 05909991326371 |
| 2132 | Quetiapinum | Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg | 60 szt. | 05909991326432 |
| 2133 | Quetiapinum | Bonogren, tabl. powl., 100 mg | 60 szt. | 05909990719853 |
| 2134 | Quetiapinum | Bonogren, tabl. powl., 200 mg | 60 szt. | 05909990720163 |
| 2135 | Quetiapinum | Bonogren, tabl. powl., 25 mg | 30 szt. | 05909990719389 |
| 2136 | Quetiapinum | Bonogren, tabl. powl., 300 mg | 60 szt. | 05909990720309 |
| 2137 | Quetiapinum | Etiagen, tabl. powl., 100 mg | 60 szt. | 05909990806362 |
| 2138 | Quetiapinum | Etiagen, tabl. powl., 200 mg | 60 szt. | 05909990806386 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 2139 | Quetiapinum | Etiagen, tabl. powl., 25 mg | 30 szt. | 05909990806355 |
| 2140 | Quetiapinum | Kefrenex, tabl. powl., 100 mg | 60 szt. | 05909990722365 |
| 2141 | Quetiapinum | Kefrenex, tabl. powl., 200 mg | 60 szt. | 05909990722426 |
| 2142 | Quetiapinum | Kefrenex, tabl. powl., 300 mg | 60 szt. | 05909990722327 |
| 2143 | Quetiapinum | Ketilept 100 mg, tabl. powl., 100 mg | 60 szt. | 05909990055562 |
| 2144 | Quetiapinum | Ketilept 200 mg, tabl. powl., 200 mg | 60 szt. | 05909990055593 |
| 2145 | Quetiapinum | Ketilept 25 mg, tabl. powl., 25 mg | 30 szt. | 05909990055531 |
| 2146 | Quetiapinum | Ketilept 300 mg, tabl. powl., 300 mg | 60 szt. | 05909990055630 |
| 2147 | Quetiapinum | Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 150 mg | 60 szt. | 05909991219420 |
| 2148 | Quetiapinum | Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 200 mg | 60 szt. | 05909991219468 |
| 2149 | Quetiapinum | Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 300 mg | 60 szt. | 05909991219505 |
| 2150 | Quetiapinum | Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 400 mg | 60 szt. | 05909991219543 |
| 2151 | Quetiapinum | Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 50 mg | 60 szt. | 05909991219383 |
| 2152 | Quetiapinum | Ketipinor, tabl. powl., 100 mg | 30 szt. | 05909990058778 |
| 2153 | Quetiapinum | Ketipinor, tabl. powl., 100 mg | 100 szt. | 05909990058785 |
| 2154 | Quetiapinum | Ketipinor, tabl. powl., 100 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990081233 |
| 2155 | Quetiapinum | Ketipinor, tabl. powl., 200 mg | 30 szt. | 05909990058754 |
| 2156 | Quetiapinum | Ketipinor, tabl. powl., 200 mg | 100 szt. | 05909990058761 |
| 2157 | Quetiapinum | Ketipinor, tabl. powl., 200 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990081196 |
| 2158 | Quetiapinum | Ketipinor, tabl. powl., 25 mg | 100 szt. | 05909990058808 |
| 2159 | Quetiapinum | Ketipinor, tabl. powl., 300 mg | 60 szt. | 05909990779062 |
| 2160 | Quetiapinum | Ketrel, tabl. powl., 100 mg | 60 szt. | 05909990430857 |
| 2161 | Quetiapinum | Ketrel, tabl. powl., 200 mg | 60 szt. | 05909990430888 |
| 2162 | Quetiapinum | Ketrel, tabl. powl., 25 mg | 30 szt. | 05909990430840 |
| 2163 | Quetiapinum | Kvelux SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 200 mg | 60 szt. | 05909991219901 |
| 2164 | Quetiapinum | Kvelux SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 300 mg | 60 szt. | 05909991219963 |
| 2165 | Quetiapinum | Kvelux SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 400 mg | 60 szt. | 05909991220020 |
| 2166 | Quetiapinum | Kvelux SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 50 mg | 30 szt. | 05909991219758 |
| 2167 | Quetiapinum | Kventiax 100 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 100 mg | 60 szt. | 05909990074143 |
| 2168 | Quetiapinum | Kventiax 200 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 200 mg | 60 szt. | 05909990074235 |
| 2169 | Quetiapinum | Kventiax 25 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 25 mg | 30 szt. | 05909990074068 |
| 2170 | Quetiapinum | Kventiax 300 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 300 mg | 60 szt. | 05909990074280 |
| 2171 | Quetiapinum | Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 60 szt. | 05909991205591 |
| 2172 | Quetiapinum | Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 60 szt. | 05909991205676 |
| 2173 | Quetiapinum | Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg | 60 szt. | 05909991205737 |
| 2174 | Quetiapinum | Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg | 60 szt. | 05909991380922 |
| 2175 | Quetiapinum | Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg | 60 szt. | 05909991255367 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 2176 | Quetiapinum | Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 60 szt. | 05906414000894 |
| 2177 | Quetiapinum | Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 60 szt. | 05909990965373 |
| 2178 | Quetiapinum | Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg | 60 szt. | 05909990965403 |
| 2179 | Quetiapinum | Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg | 60 szt. | 05909990965441 |
| 2180 | Quetiapinum | Kwetaplex XR, tabl. powl., 50 mg | 30 szt. | 05909990965335 |
| 2181 | Quetiapinum | Kwetaplex, tabl. powl., 100 mg | 60 szt. | 05909990688234 |
| 2182 | Quetiapinum | Kwetaplex, tabl. powl., 150 mg | 60 szt. | 05909990688272 |
| 2183 | Quetiapinum | Kwetaplex, tabl. powl., 200 mg | 60 szt. | 05909990688296 |
| 2184 | Quetiapinum | Kwetaplex, tabl. powl., 25 mg | 30 szt. | 05909990688241 |
| 2185 | Quetiapinum | Kwetaplex, tabl. powl., 300 mg | 60 szt. | 05909990688265 |
| 2186 | Quetiapinum | Kwetina, tabl. powl., 100 mg | 60 szt. | 05909991498870 |
| 2187 | Quetiapinum | Kwetina, tabl. powl., 200 mg | 60 szt. | 05909991498887 |
| 2188 | Quetiapinum | Kwetina, tabl. powl., 25 mg | 30 szt. | 05909991498856 |
| 2189 | Quetiapinum | Pinexet 100 mg, tabl. powl., 100 mg | 60 szt. | 05909990788590 |
| 2190 | Quetiapinum | Pinexet 200 mg, tabl. powl., 200 mg | 60 szt. | 05909990788651 |
| 2191 | Quetiapinum | Pinexet 25 mg, tabl. powl., 25 mg | 30 szt. | 05909990788583 |
| 2192 | Quetiapinum | Pinexet 300 mg, tabl. powl., 300 mg | 60 szt. | 05909990788675 |
| 2193 | Quetiapinum | Setinin, tabl. powl., 100 mg | 60 szt. | 05909990736393 |
| 2194 | Quetiapinum | Setinin, tabl. powl., 200 mg | 60 szt. | 05909990736461 |
| 2195 | Quetiapinum | Setinin, tabl. powl., 300 mg | 60 szt. | 05909990736492 |
| 2196 | Quetiapinum | Symquel XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 60 szt. | 05909991087180 |
| 2197 | Quetiapinum | Symquel XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg | 60 szt. | 05909991087258 |
| 2198 | Quetiapinum | Symquel XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg | 60 szt. | 05909991087005 |
| 2199 | Quinapril | Pulsaren 20, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909991165710 |
| 2200 | Quinaprilum | Acurenal, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909991125516 |
| 2201 | Quinaprilum | Acurenal, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909991125615 |
| 2202 | Quinaprilum | Acurenal, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 05909990953882 |
| 2203 | Quinaprilum | Acurenal, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909991125417 |
| 2204 | Ramiprilum | Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990571468 |
| 2205 | Ramiprilum | Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg | 60 szt. | 05909990571475 |
| 2206 | Ramiprilum | Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991308971 |
| 2207 | Ramiprilum | Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991340766 |
| 2208 | Ramiprilum | Ampril 5 mg tabletki, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990571499 |
| 2209 | Ramiprilum | Ampril 5 mg tabletki, tabl., 5 mg | 60 szt. | 05909990571505 |
| 2210 | Ramiprilum | ApoRami/Ramipril Aurovitas, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991326012 |
| 2211 | Ramiprilum | ApoRami/Ramipril Aurovitas, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909991325954 |
| 2212 | Ramiprilum | Axtil, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990337989 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 2213 | Ramiprilum | Axtil, tabl., 2,5 mg | 30 szt. | 05909990337958 |
| 2214 | Ramiprilum | Axtil, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990337972 |
| 2215 | Ramiprilum | Piramil 10 mg, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909990661756 |
| 2216 | Ramiprilum | Piramil 10 mg, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991344603 |
| 2217 | Ramiprilum | Piramil 10 mg, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991443016 |
| 2218 | Ramiprilum | Piramil 10 mg, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991477813 |
| 2219 | Ramiprilum | Piramil 10 mg, tabletki, 10 mg | 30 szt. | 05909991369910 |
| 2220 | Ramiprilum | Piramil 2,5 mg, tabl., 2,5 mg | 30 szt. | 05909990212170 |
| 2221 | Ramiprilum | Piramil 5 mg, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990212248 |
| 2222 | Ramiprilum | Piramil 5 mg, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909991338268 |
| 2223 | Ramiprilum | Piramil 5 mg, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909991440787 |
| 2224 | Ramiprilum | Piramil 5 mg, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909991479305 |
| 2225 | Ramiprilum | Piramil 5 mg, tabletki, 5 mg | 30 szt. | 05909991369903 |
| 2226 | Ramiprilum | Polpril, kaps. twarde, 10 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990694655 |
| 2227 | Ramiprilum | Polpril, kaps. twarde, 5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990694631 |
| 2228 | Ramiprilum | Polpril, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909990924653 |
| 2229 | Ramiprilum | Polpril, tabl., 2,5 mg | 28 szt. | 05909990924608 |
| 2230 | Ramiprilum | Polpril, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909990924646 |
| 2231 | Ramiprilum | Ramicor, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909991093334 |
| 2232 | Ramiprilum | Ramicor, tabl. powl., 2,5 mg | 28 szt. | 05909991093280 |
| 2233 | Ramiprilum | Ramicor, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909991093303 |
| 2234 | Ramiprilum | Ramipril Genoptim, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991316655 |
| 2235 | Ramiprilum | Ramipril Genoptim, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909991316464 |
| 2236 | Ramiprilum | Tritace 10, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909990916016 |
| 2237 | Ramiprilum | Tritace 10, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991401566 |
| 2238 | Ramiprilum | Tritace 10, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991411640 |
| 2239 | Ramiprilum | Tritace 10, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991427153 |
| 2240 | Ramiprilum | Tritace 10, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991447540 |
| 2241 | Ramiprilum | Tritace 10, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991452100 |
| 2242 | Ramiprilum | Tritace 10, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991458348 |
| 2243 | Ramiprilum | Tritace 10, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991463403 |
| 2244 | Ramiprilum | Tritace 2,5, tabl., 2,5 mg | 28 szt. | 05909990478217 |
| 2245 | Ramiprilum | Tritace 5, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909990478316 |
| 2246 | Ramiprilum | Tritace 5, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909991480448 |
| 2247 | Ramiprilum | Tritace 5, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909991480523 |
| 2248 | Ramiprilum | Tritace 5, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909991482398 |
| 2249 | Ramiprilum | Vivace 10 mg, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990610532 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 2250 | Ramiprilum | Vivace 10 mg, tabl., 10 mg | 90 szt. | 05909991004392 |
| 2251 | Ramiprilum | Vivace 10 mg, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991427276 |
| 2252 | Ramiprilum | Vivace 10 mg, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991447939 |
| 2253 | Ramiprilum | Vivace 10 mg, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991461973 |
| 2254 | Ramiprilum | Vivace 2,5 mg, tabl., 2,5 mg | 30 szt. | 05909990610440 |
| 2255 | Ramiprilum | Vivace 2,5 mg, tabl., 2,5 mg | 90 szt. | 05909991004378 |
| 2256 | Ramiprilum | Vivace 5 mg, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990610495 |
| 2257 | Ramiprilum | Vivace 5 mg, tabl., 5 mg | 90 szt. | 05909991004385 |
| 2258 | Ramiprilum | Vivace 5 mg, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909991427252 |
| 2259 | Ramiprilum | Vivace 5 mg, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909991447953 |
| 2260 | Ramiprilum | Vivace 5 mg, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909991461959 |
| 2261 | Rifampicinum | Rifampicyna TZF, kaps. twarde, 150 mg | 100 szt. | 05909990085019 |
| 2262 | Rifampicinum | Rifampicyna TZF, kaps. twarde, 300 mg | 100 szt. | 05909990084913 |
| 2263 | Rifampicinum + Isoniazidum | Rifamazid, kaps. twarde, 150 + 100 mg | 100 szt. | 05909990086115 |
| 2264 | Rifampicinum + Isoniazidum | Rifamazid, kaps. twarde, 300 + 150 mg | 100 szt. | 05909990086214 |
| 2265 | Risperidonum | Orizon, roztwór doustny, 1 mg/ml | 1 but. 100 ml | 05909990690138 |
| 2266 | Risperidonum | Orizon, tabl. powl., 1 mg | 20 szt. | 05909990831258 |
| 2267 | Risperidonum | Orizon, tabl. powl., 1 mg | 60 szt. | 05909990831265 |
| 2268 | Risperidonum | Orizon, tabl. powl., 2 mg | 60 szt. | 05909990831272 |
| 2269 | Risperidonum | Orizon, tabl. powl., 3 mg | 60 szt. | 05909990831289 |
| 2270 | Risperidonum | Orizon, tabl. powl., 4 mg | 60 szt. | 05909990831296 |
| 2271 | Risperidonum | Risperidon Vipharm, tabl. powl., 1 mg | 20 szt. | 05909990044481 |
| 2272 | Risperidonum | Risperidon Vipharm, tabl. powl., 2 mg | 20 szt. | 05909990044344 |
| 2273 | Risperidonum | Risperidon Vipharm, tabl. powl., 3 mg | 20 szt. | 05909990044252 |
| 2274 | Risperidonum | Risperidon Vipharm, tabl. powl., 4 mg | 20 szt. | 05909990044146 |
| 2275 | Risperidonum | Risperidone Teva, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 25 mg | 1 zestaw | 05909991457952 |
| 2276 | Risperidonum | Risperidone Teva, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 37,5 mg | 1 zestaw | 05909991457921 |
| 2277 | Risperidonum | Risperidone Teva, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg | 1 zestaw | 05909991457891 |
| 2278 | Risperidonum | Risperon, tabl. powl., 1 mg | 20 szt. | 05909990336524 |
| 2279 | Risperidonum | Risperon, tabl. powl., 1 mg | 60 szt. | 05909990336548 |
| 2280 | Risperidonum | Risperon, tabl. powl., 2 mg | 20 szt. | 05909990336487 |
| 2281 | Risperidonum | Risperon, tabl. powl., 2 mg | 60 szt. | 05909990336500 |
| 2282 | Risperidonum | Risperon, tabl. powl., 3 mg | 20 szt. | 05909990336555 |
| 2283 | Risperidonum | Risperon, tabl. powl., 3 mg | 60 szt. | 05909990336579 |
| 2284 | Risperidonum | Risperon, tabl. powl., 4 mg | 20 szt. | 05909990336586 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 2285 | Risperidonum | Risperon, tabl. powl., 4 mg | 60 szt. | 05909990336609 |
| 2286 | Risperidonum | Rispolept Consta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 25 mg | 1 fiol. + 1 strz. + 1 urządzenie do przygotowania zawiesiny + 2 igły do wstrzyknięcia domięśniowego | 05909991058227 |
| 2287 | Risperidonum | Rispolept Consta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 37,5 mg | 1 fiol. + 1 strz. + 1 urządzenie do przygotowania zawiesiny + 2 igły do wstrzyknięcia domięśniowego | 05909991058128 |
| 2288 | Risperidonum | Rispolept Consta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg | 1 fiol. + 1 strz. + 1 urządzenie do przygotowania zawiesiny + 2 igły do wstrzyknięcia domięśniowego | 05909991058029 |
| 2289 | Risperidonum | Rispolept, roztwór doustny, 1 mg/ml | 100 ml | 05909990423828 |
| 2290 | Risperidonum | Rispolept, tabl. powl., 1 mg | 20 szt. | 05909990670413 |
| 2291 | Risperidonum | Rispolept, tabl. powl., 2 mg | 20 szt. | 05909990670512 |
| 2292 | Risperidonum | Rispolept, tabl. powl., 3 mg | 20 szt. | 05909990670611 |
| 2293 | Risperidonum | Rispolept, tabl. powl., 4 mg | 20 szt. | 05909990670710 |
| 2294 | Risperidonum | Ryspolit, tabl. powl., 1 mg | 20 szt. | 05909990567683 |
| 2295 | Risperidonum | Ryspolit, tabl. powl., 2 mg | 20 szt. | 05909990567737 |
| 2296 | Risperidonum | Ryspolit, tabl. powl., 3 mg | 20 szt. | 05909990567935 |
| 2297 | Risperidonum | Ryspolit, tabl. powl., 4 mg | 20 szt. | 05909990568031 |
| 2298 | Risperidonum | Torendo Q-Tab 1 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg | 20 szt. | 05909990034932 |
| 2299 | Risperidonum | Torendo Q-Tab 1 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg | 50 szt. | 05909990680849 |
| 2300 | Risperidonum | Torendo Q-Tab 2 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2 mg | 20 szt. | 05909990034994 |
| 2301 | Risperidonum | Torendo Q-Tab 2 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2 mg | 50 szt. | 05909990680863 |
| 2302 | Rosuvastatinum | ApoRoza, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909991425883 |
| 2303 | Rosuvastatinum | ApoRoza, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. | 05909991425906 |
| 2304 | Rosuvastatinum | ApoRoza, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. | 05909991425920 |
| 2305 | Rosuvastatinum | ApoRoza, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909991422875 |
| 2306 | Rosuvastatinum | Crosuvo, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909991021184 |
| 2307 | Rosuvastatinum | Crosuvo, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. | 05909991021337 |
| 2308 | Rosuvastatinum | Crosuvo, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. | 05909991021375 |
| 2309 | Rosuvastatinum | Ridlip, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909991000141 |
| 2310 | Rosuvastatinum | Ridlip, tabl. powl., 10 mg | 90 szt. | 05909991375799 |
| 2311 | Rosuvastatinum | Ridlip, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909991519605 |
| 2312 | Rosuvastatinum | Ridlip, tabl. powl., 10 mg | 90 szt. | 05909991519612 |
| 2313 | Rosuvastatinum | Ridlip, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. | 05909991000158 |
| 2314 | Rosuvastatinum | Ridlip, tabl. powl., 20 mg | 90 szt. | 05909991375812 |
| 2315 | Rosuvastatinum | Ridlip, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909991476984 |
| 2316 | Rosuvastatinum | Ridlip, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909991496579 |
| 2317 | Rosuvastatinum | Ridlip, tabl. powl., 20 mg | 90 szt. | 05909991496586 |
| 2318 | Rosuvastatinum | Ridlip, tabl. powl., 20 mg | 90 szt. | 05909991509415 |
| 2319 | Rosuvastatinum | Ridlip, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. | 05909991000165 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 2320 | Rosuvastatinum | Ridlip, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909991000103 |
| 2321 | Rosuvastatinum | Ridlip, tabl. powl., 5 mg | 90 szt. | 05909991375775 |
| 2322 | Rosuvastatinum | Romazic, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909990919604 |
| 2323 | Rosuvastatinum | Romazic, tabl. powl., 15 mg | 30 szt. | 05909991435950 |
| 2324 | Rosuvastatinum | Romazic, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909990919659 |
| 2325 | Rosuvastatinum | Romazic, tabl. powl., 30 mg | 30 szt. | 05909991435981 |
| 2326 | Rosuvastatinum | Romazic, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 05909990919673 |
| 2327 | Rosuvastatinum | Romazic, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909990919574 |
| 2328 | Rosuvastatinum | Rosutrox, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909991085674 |
| 2329 | Rosuvastatinum | Rosutrox, tabl. powl., 10 mg | 56 szt. | 05909991085698 |
| 2330 | Rosuvastatinum | Rosutrox, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. | 05909991085759 |
| 2331 | Rosuvastatinum | Rosutrox, tabl. powl., 20 mg | 56 szt. | 05909991085773 |
| 2332 | Rosuvastatinum | Rosutrox, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. | 05909991085841 |
| 2333 | Rosuvastatinum | Rosutrox, tabl. powl., 40 mg | 56 szt. | 05909991085865 |
| 2334 | Rosuvastatinum | Rosutrox, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909991085599 |
| 2335 | Rosuvastatinum | Rosutrox, tabl. powl., 5 mg | 56 szt. | 05909991085636 |
| 2336 | Rosuvastatinum | Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909991475079 |
| 2337 | Rosuvastatinum | Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. | 05909991475086 |
| 2338 | Rosuvastatinum | Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. | 05909991475093 |
| 2339 | Rosuvastatinum | Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909991475062 |
| 2340 | Rosuvastatinum | Roswera, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990895250 |
| 2341 | Rosuvastatinum | Roswera, tabl. powl., 10 mg | 90 szt. | 05909990895304 |
| 2342 | Rosuvastatinum | Roswera, tabl. powl., 15 mg | 28 szt. | 05909990895380 |
| 2343 | Rosuvastatinum | Roswera, tabl. powl., 15 mg | 56 szt. | 05909990895403 |
| 2344 | Rosuvastatinum | Roswera, tabl. powl., 15 mg | 90 szt. | 05909990895458 |
| 2345 | Rosuvastatinum | Roswera, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. | 05909990895533 |
| 2346 | Rosuvastatinum | Roswera, tabl. powl., 20 mg | 90 szt. | 05909990895588 |
| 2347 | Rosuvastatinum | Roswera, tabl. powl., 30 mg | 28 szt. | 05909990895663 |
| 2348 | Rosuvastatinum | Roswera, tabl. powl., 30 mg | 56 szt. | 05909990895687 |
| 2349 | Rosuvastatinum | Roswera, tabl. powl., 30 mg | 90 szt. | 05909990895724 |
| 2350 | Rosuvastatinum | Roswera, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. | 05909990895786 |
| 2351 | Rosuvastatinum | Roswera, tabl. powl., 40 mg | 90 szt. | 05909990895892 |
| 2352 | Rosuvastatinum | Roswera, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909990895106 |
| 2353 | Rosuvastatinum | Roswera, tabl. powl., 5 mg | 90 szt. | 05909990895182 |
| 2354 | Rosuvastatinum | Suvardio, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990791743 |
| 2355 | Rosuvastatinum | Suvardio, tabl. powl., 10 mg | 84 szt. | 05909990791781 |
| 2356 | Rosuvastatinum | Suvardio, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. | 05909990791873 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 2357 | Rosuvastatinum | Suvardio, tabl. powl., 20 mg | 84 szt. | 05909990791927 |
| 2358 | Rosuvastatinum | Suvardio, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. | 05909990792009 |
| 2359 | Rosuvastatinum | Suvardio, tabl. powl., 40 mg | 84 szt. | 05909990792061 |
| 2360 | Rosuvastatinum | Suvardio, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909990791606 |
| 2361 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990802623 |
| 2362 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powl., 10 mg | 56 szt. | 05909990802647 |
| 2363 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powl., 15 mg | 28 szt. | 05909991333959 |
| 2364 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powl., 15 mg | 56 szt. | 05909991333973 |
| 2365 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. | 05909990802685 |
| 2366 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powl., 20 mg | 56 szt. | 05909990802708 |
| 2367 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powl., 30 mg | 28 szt. | 05909991334062 |
| 2368 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powl., 30 mg | 56 szt. | 05909991334086 |
| 2369 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. | 05909990802753 |
| 2370 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powl., 40 mg | 56 szt. | 05909990802777 |
| 2371 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909990802562 |
| 2372 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powl., 5 mg | 56 szt. | 05909990802586 |
| 2373 | Rosuvastatinum | Zaranta, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990777785 |
| 2374 | Rosuvastatinum | Zaranta, tabl. powl., 15 mg | 90 szt. | 05909991347079 |
| 2375 | Rosuvastatinum | Zaranta, tabl. powl., 15 mg | 56 szt. | 05997001369333 |
| 2376 | Rosuvastatinum | Zaranta, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. | 05909990777839 |
| 2377 | Rosuvastatinum | Zaranta, tabl. powl., 30 mg | 90 szt. | 05909991347109 |
| 2378 | Rosuvastatinum | Zaranta, tabl. powl., 30 mg | 56 szt. | 05997001369340 |
| 2379 | Rosuvastatinum | Zaranta, tabletki powlekane, 40 mg | 28 szt. | 05909990777853 |
| 2380 | Roxithromycinum | Rolicyn, tabl. powl., 100 mg | 10 szt. | 05909990847914 |
| 2381 | Roxithromycinum | Rolicyn, tabl. powl., 150 mg | 10 szt. | 05909990848010 |
| 2382 | Rupatadinum | Rupaller, tabl., 10 mg | 100 szt. | 05909991429881 |
| 2383 | Salbutamolum | Aspulmo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 100 µg/dawkę | 1 poj.a 200 dawek (10 ml) | 05909990848065 |
| 2384 | Salbutamolum | Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę | 200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochronny) | 05909991106928 |
| 2385 | Salbutamolum | Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę | 200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochronny) | 05909991107826 |
| 2386 | Salbutamolum | Salbutamol Hasco, syrop, 2 mg/5 ml | 1 but.po 100 ml | 05909990317516 |
| 2387 | Salbutamolum | Ventolin, aerozol wziewny, zawiesina, 100 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 200 daw. | 05909990442010 |
| 2388 | Salmeterolum | Asmetic, proszek do inhalacji , 50 µg/dawkę inh. | 1 inh.po 60 daw. | 05909991515713 |
| 2389 | Salmeterolum | Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50 µg/dawkę inhalacyjną | 60 szt. | 05909991109424 |
| 2390 | Salmeterolum | Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50 µg/dawkę inhalacyjną | 90 szt. | 05909991109431 |
| 2391 | Salmeterolum | Pulmoterol, proszek do inhalacji w kapsułkach twardych, 50 µg/dawkę inh. | 120 szt. | 05909991206390 |
| 2392 | Salmeterolum | Serevent Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 60 daw. | 05909990437825 |
| 2393 | Salmeterolum | Serevent, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 25 µg/dawkę inhalacyjną | 1 szt. (1 szt.po 120 daw.) | 05909990623099 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 2394 | Sertraline | Asertin 100, tabl. powl., 100 mg | 30 szt. | 05909990422685 |
| 2395 | Sertraline | Asertin 50, tabl. powl., 50 mg | 30 szt. | 05909990422692 |
| 2396 | Sertralinum | ApoSerta, tabl. powl., 100 mg | 30 szt. | 05909991355739 |
| 2397 | Sertralinum | ApoSerta, tabl. powl., 50 mg | 30 szt. | 05909991355654 |
| 2398 | Sertralinum | Asentra, tabl. powl., 100 mg | 28 szt. | 05909990963317 |
| 2399 | Sertralinum | Asentra, tabl. powl., 100 mg | 28 szt. | 05909991483807 |
| 2400 | Sertralinum | Asentra, tabl. powl., 50 mg | 28 szt. | 05909990963218 |
| 2401 | Sertralinum | Miravil, tabl. powl., 100 mg | 30 szt. | 05909990804368 |
| 2402 | Sertralinum | Miravil, tabl. powl., 50 mg | 30 szt. | 05909990804344 |
| 2403 | Sertralinum | Sastium, tabl. powl., 100 mg | 28 szt. | 05909991279615 |
| 2404 | Sertralinum | Sastium, tabl. powl., 100 mg | 30 szt. | 05909991279622 |
| 2405 | Sertralinum | Sastium, tabl. powl., 100 mg | 84 szt. | 05909991279660 |
| 2406 | Sertralinum | Sastium, tabl. powl., 50 mg | 28 szt. | 05909991279516 |
| 2407 | Sertralinum | Sastium, tabl. powl., 50 mg | 30 szt. | 05909991279523 |
| 2408 | Sertralinum | Sastium, tabl. powl., 50 mg | 84 szt. | 05909991279561 |
| 2409 | Sertralinum | Sertagen, tabl. powl., 100 mg | 28 szt. | 05909990046621 |
| 2410 | Sertralinum | Sertagen, tabl. powl., 50 mg | 28 szt. | 05909990046690 |
| 2411 | Sertralinum | Sertranorm, tabl. powl., 100 mg | 30 szt. | 05909990663163 |
| 2412 | Sertralinum | Sertranorm, tabl. powl., 50 mg | 30 szt. | 05909990663040 |
| 2413 | Sertralinum | Setaloft 100 mg, tabl. powl., 100 mg | 30 szt. | 05909990571963 |
| 2414 | Sertralinum | Setaloft 50 mg, tabl. powl., 50 mg | 30 szt. | 05909990571925 |
| 2415 | Sertralinum | Stimuloton, tabl. powl., 50 mg | 30 szt. | 05909990994816 |
| 2416 | Sertralinum | Zoloft, tabl. powl., 100 mg | 28 szt. | 05909990753215 |
| 2417 | Sertralinum | Zoloft, tabl. powl., 50 mg | 28 szt. | 05909990753116 |
| 2418 | Sertralinum | Zotral, tabl. powl., 100 mg | 28 szt. | 05909990569472 |
| 2419 | Sertralinum | Zotral, tabl. powl., 50 mg | 28 szt. | 05909990013982 |
| 2420 | Simvastatinum | Apo-Simva 10, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909990618279 |
| 2421 | Simvastatinum | Apo-Simva 20, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909990618286 |
| 2422 | Simvastatinum | Apo-Simva 40, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 05909990618293 |
| 2423 | Simvastatinum | Simcovas, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. | 05909990649532 |
| 2424 | Simvastatinum | Simcovas, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990649655 |
| 2425 | Simvastatinum | Simratio 10, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909991019723 |
| 2426 | Simvastatinum | Simratio 40, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. | 05909991019945 |
| 2427 | Simvastatinum | Simvacard 10, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990940110 |
| 2428 | Simvastatinum | Simvacard 20, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. | 05909990940219 |
| 2429 | Simvastatinum | Simvacard 40, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. | 05909990940318 |
| 2430 | Simvastatinum | Simvachol, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990941025 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 2431 | Simvastatinum | Simvachol, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. | 05909990941124 |
| 2432 | Simvastatinum | Simvagen 20, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. | 05909990743650 |
| 2433 | Simvastatinum | Simvagen 40, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. | 05909990743667 |
| 2434 | Simvastatinum | SimvaHEXAL 10, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909990623273 |
| 2435 | Simvastatinum | SimvaHEXAL 20, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909990623297 |
| 2436 | Simvastatinum | SimvaHEXAL 40, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 05909990623334 |
| 2437 | Simvastatinum | Simvastatin Aurovitas, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. | 05909990731565 |
| 2438 | Simvastatinum | Simvastatin Aurovitas, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. | 05909990731671 |
| 2439 | Simvastatinum | Simvastatin Bluefish, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990723591 |
| 2440 | Simvastatinum | Simvastatin Bluefish, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. | 05909990723812 |
| 2441 | Simvastatinum | Simvastatin Bluefish, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909990723829 |
| 2442 | Simvastatinum | Simvastatin Bluefish, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. | 05909990724031 |
| 2443 | Simvastatinum | Simvasterol, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990927616 |
| 2444 | Simvastatinum | Simvasterol, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. | 05909990927715 |
| 2445 | Simvastatinum | Simvasterol, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. | 05909990927838 |
| 2446 | Simvastatinum | Vasilip, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990914012 |
| 2447 | Simvastatinum | Vasilip, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. | 05909990914111 |
| 2448 | Simvastatinum | Vasilip, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. | 05909990982714 |
| 2449 | Simvastatinum | Vastan, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909991073114 |
| 2450 | Simvastatinum | Vastan, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. | 05909991073213 |
| 2451 | Simvastatinum | Ximve, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. | 05909990055722 |
| 2452 | Simvastatinum | Ximve, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909990935215 |
| 2453 | Simvastatinum | Ximve, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 05909990935314 |
| 2454 | Simvastatinum | Zocor 10, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990365913 |
| 2455 | Simvastatinum | Zocor 20, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. | 05909990366026 |
| 2456 | Simvastatinum | Zocor 40, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. | 05909990769124 |
| 2457 | Sirolimusum | Rapamune, roztwór doustny, 1 mg/ml | 60 ml | 05909990893645 |
| 2458 | Sirolimusum | Rapamune, tabl. draż., 1 mg | 30 szt. | 05909990985210 |
| 2459 | Spiramycinum | Rovamycine, tabl. powl., 1,5 mln j.m. | 16 szt. | 05909990098613 |
| 2460 | Spiramycinum | Rovamycine, tabl. powl., 3 mln j.m. | 10 szt. | 05909990692118 |
| 2461 | Spironolactonum | Finospir, tabl., 100 mg | 30 szt. | 05909990965977 |
| 2462 | Spironolactonum | Finospir, tabl., 25 mg | 30 szt. | 05909990965854 |
| 2463 | Spironolactonum | Finospir, tabl., 25 mg | 100 szt. | 05909990965861 |
| 2464 | Spironolactonum | Finospir, tabl., 50 mg | 30 szt. | 05909990965878 |
| 2465 | Spironolactonum | Finospir, tabl., 50 mg | 100 szt. | 05909990965885 |
| 2466 | Spironolactonum | Spironol 100, tabl. powl., 100 mg | 20 szt. | 05909990673124 |
| 2467 | Spironolactonum | Spironol, tabl. powl., 50 mg | 30 szt. | 05909991244651 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 2468 | Spironolactonum | Spironol, tabl. powl., 50 mg | 60 szt. | 05909991244668 |
| 2469 | Spironolactonum | Spironol, tabl., 25 mg | 20 szt. | 05909990110216 |
| 2470 | Spironolactonum | Spironol, tabl., 25 mg | 100 szt. | 05909990110223 |
| 2471 | Spironolactonum | Verospiron, kaps. twarde, 100 mg | 30 szt. | 05909990488513 |
| 2472 | Spironolactonum | Verospiron, kaps. twarde, 50 mg | 30 szt. | 05909990488414 |
| 2473 | Spironolactonum | Verospiron, tabl., 25 mg | 20 szt. | 05909990117215 |
| 2474 | Standaryzowany wyciąg alergenowy roztoczy kurzu domowego (Dermatophagoides pteronyssinus, Dermatophagoides farina) | Acarizax, liofilizat doustny, 12 SQ-HDM | 30 szt. | 05909991257521 |
| 2475 | Stiripentolum | Diacomit, kaps. twarde, 250 mg | 60 szt. | 05909990017232 |
| 2476 | Stiripentolum | Diacomit, kaps. twarde, 500 mg | 60 szt. | 05909990017263 |
| 2477 | Stiripentolum | Diacomit, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg | 60 sasz. | 05909990017294 |
| 2478 | Stiripentolum | Diacomit, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg | 60 sasz. | 05909990017331 |
| 2479 | Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum | Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg | 10 szt. | 05909990312719 |
| 2480 | Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum | Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg | 10 szt. | 05909990501304 |
| 2481 | Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum | Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg | 10 szt. | 05909991475000 |
| 2482 | Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum | Bactrim, syrop, 200+40 mg/5 ml | 1 but.po 100 ml | 05909990312610 |
| 2483 | Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum | Bactrim, tabl., 400+80 mg | 20 szt. | 05909990276219 |
| 2484 | Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum | Biseptol 120, tabl., 100+20 mg | 20 szt. | 05909990117529 |
| 2485 | Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum | Biseptol 480, tabl., 400+80 mg | 20 szt. | 05909990117611 |
| 2486 | Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum | Biseptol 960, tabl., 800+160 mg | 10 szt. | 05909990117710 |
| 2487 | Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum | Biseptol, zawiesina doustna, 200+40 mg/5 ml | 1 but.po 100 ml | 05909990117819 |
| 2488 | Sulfasalazinum | Salazopyrin EN, tabl. dojel., 500 mg | 50 szt. | 05909990864416 |
| 2489 | Sulfasalazinum | Salazopyrin EN, tabl. dojel., 500 mg | 100 szt. | 05909990864423 |
| 2490 | Sulfasalazinum | Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg | 50 szt. | 05909990283316 |
| 2491 | Sulfasalazinum | Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg | 100 szt. | 05909990283323 |
| 2492 | Sulfasalazinum | Sulfasalazin Krka, tabl. powl., 500 mg | 50 szt. | 05909990283217 |
| 2493 | Sulpiridum | Sulpiryd Hasco, tabl., 100 mg | 24 szt. | 05909991380410 |
| 2494 | Sulpiridum | Sulpiryd Hasco, tabl., 200 mg | 30 szt. | 05909991380465 |
| 2495 | Sulpiridum | Sulpiryd Hasco, tabl., 50 mg | 24 szt. | 05909991380373 |
| 2496 | Sulpiridum | Sulpiryd Teva, kaps. twarde, 100 mg | 24 szt. | 05909990159314 |
| 2497 | Sulpiridum | Sulpiryd Teva, kaps. twarde, 50 mg | 24 szt. | 05909990159512 |
| 2498 | Sulpiridum | Sulpiryd Teva, tabl., 200 mg | 30 szt. | 05909990159437 |
| 2499 | Szczepionka przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego [typy 16 i 18] (rekombinowana, z adiuwantem, adsorbowana) | Cervarix, zawiesina do wstrzykiwań, 20+20 µg | 1 amp.-strz. | 05909990064748 |
| 2500 | Tacrolimusum | Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,5 mg | 30 szt. | 05909990051052 |
| 2501 | Tacrolimusum | Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 1 mg | 30 szt. | 05909990051076 |
| 2502 | Tacrolimusum | Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 3 mg | 30 szt. | 05909990699957 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 2503 | Tacrolimusum | Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 5 mg | 30 szt. | 05909990051137 |
| 2504 | Tacrolimusum | Cidimus, kaps. twarde, 0,5 mg | 30 szt. | 05909990783489 |
| 2505 | Tacrolimusum | Cidimus, kaps. twarde, 1 mg | 30 szt. | 05909990783571 |
| 2506 | Tacrolimusum | Cidimus, kaps. twarde, 5 mg | 30 szt. | 05909990783533 |
| 2507 | Tacrolimusum | Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 0,5 mg | 30 szt. | 07613421037024 |
| 2508 | Tacrolimusum | Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 1 mg | 30 szt. | 07613421037000 |
| 2509 | Tacrolimusum | Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 2 mg | 30 szt. | 07613421037048 |
| 2510 | Tacrolimusum | Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 3 mg | 30 szt. | 07613421037031 |
| 2511 | Tacrolimusum | Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 5 mg | 30 szt. | 07613421037017 |
| 2512 | Tacrolimusum | Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,75 mg | 30 szt. | 05909991192709 |
| 2513 | Tacrolimusum | Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1 mg | 30 szt. | 05909991192730 |
| 2514 | Tacrolimusum | Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1 mg | 90 szt. | 05909991192754 |
| 2515 | Tacrolimusum | Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg | 30 szt. | 05909991192761 |
| 2516 | Tacrolimusum | Prograf, kaps. twarde, 0,5 mg | 30 szt. | 05909991148713 |
| 2517 | Tacrolimusum | Prograf, kaps. twarde, 1 mg | 30 szt. | 05909990447213 |
| 2518 | Tacrolimusum | Prograf, kaps. twarde, 5 mg | 30 szt. | 05909990447312 |
| 2519 | Tafluprostum | Taflotan Multi, krople do oczu, roztwór, 15 µg/ml | 1 but.po 3 ml | 05909991372927 |
| 2520 | Tafluprostum + Timololum | Taptiqom, krople do oczu, roztwór, 0,015+5 mg/ml | 30 poj. jednodawkowych 0,3 ml | 05909991220327 |
| 2521 | Telmisartan | Telmix, tabl., 40 mg | 56 szt. | 05909990974887 |
| 2522 | Telmisartan | Telmix, tabl., 80 mg | 56 szt. | 05909990974993 |
| 2523 | Telmisartanum | Actelsar, tabl., 40 mg | 28 szt. | 05909990891832 |
| 2524 | Telmisartanum | Actelsar, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05909990891863 |
| 2525 | Telmisartanum | Micardis, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05909990440825 |
| 2526 | Telmisartanum | Polsart, tabl., 40 mg | 28 szt. | 05909990936670 |
| 2527 | Telmisartanum | Polsart, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05909990936700 |
| 2528 | Telmisartanum | Telmabax, tabl., 40 mg | 28 szt. | 05909991060220 |
| 2529 | Telmisartanum | Telmabax, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05909991060268 |
| 2530 | Telmisartanum | Telmisartan Bluefish, tabletki, 40 mg | 28 szt. | 05909991391713 |
| 2531 | Telmisartanum | Telmisartan Bluefish, tabletki, 80 mg | 28 szt. | 05909991391720 |
| 2532 | Telmisartanum | Telmisartan EGIS, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. | 05909991036768 |
| 2533 | Telmisartanum | Telmisartan EGIS, tabl. powl., 80 mg | 28 szt. | 05909991036867 |
| 2534 | Telmisartanum | Telmisartan EGIS, tabl. powl., 80 mg | 28 szt. | 05909991229801 |
| 2535 | Telmisartanum | Telmisartan EGIS, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05909991461355 |
| 2536 | Telmisartanum | Telmisartan Genoptim, tabletki, 40 mg | 28 szt. | 05909991388003 |
| 2537 | Telmisartanum | Telmisartan Genoptim, tabletki, 80 mg | 28 szt. | 05909991388034 |
| 2538 | Telmisartanum | Telmisartan Mylan, tabl., 40 mg | 28 szt. | 05909991018429 |
| 2539 | Telmisartanum | Telmisartan Mylan, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05909991018436 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 2540 | Telmisartanum | Telmix, tabl., 40 mg | 28 szt. | 05909990974863 |
| 2541 | Telmisartanum | Telmix, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05909990974979 |
| 2542 | Telmisartanum | Telmizek, tabl., 40 mg | 28 szt. | 05909990902002 |
| 2543 | Telmisartanum | Telmizek, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05909990902095 |
| 2544 | Telmisartanum | Tezeo, tabl., 40 mg | 28 szt. | 05909990818082 |
| 2545 | Telmisartanum | Tezeo, tabl., 40 mg | 56 szt. | 05909991086626 |
| 2546 | Telmisartanum | Tezeo, tabl., 40 mg | 28 szt. | 05909991423551 |
| 2547 | Telmisartanum | Tezeo, tabl., 40 mg | 56 szt. | 05909991423568 |
| 2548 | Telmisartanum | Tezeo, tabl., 40 mg | 28 szt. | 05909991453060 |
| 2549 | Telmisartanum | Tezeo, tabl., 40 mg | 56 szt. | 05909991453077 |
| 2550 | Telmisartanum | Tezeo, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05909990818150 |
| 2551 | Telmisartanum | Tezeo, tabl., 80 mg | 56 szt. | 05909991086633 |
| 2552 | Telmisartanum | Tezeo, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05909991423575 |
| 2553 | Telmisartanum | Tezeo, tabl., 80 mg | 56 szt. | 05909991423582 |
| 2554 | Telmisartanum | Tezeo, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05909991453299 |
| 2555 | Telmisartanum | Tezeo, tabl., 80 mg | 56 szt. | 05909991453305 |
| 2556 | Telmisartanum | Tolura, tabl., 40 mg | 28 szt. | 05909997077604 |
| 2557 | Telmisartanum | Tolura, tabl., 40 mg | 56 szt. | 05909997077628 |
| 2558 | Telmisartanum | Tolura, tabl., 40 mg | 84 szt. | 05909997077635 |
| 2559 | Telmisartanum | Tolura, tabl., 80 mg | 56 szt. | 05901878600864 |
| 2560 | Telmisartanum | Tolura, tabl., 80 mg | 84 szt. | 05901878600871 |
| 2561 | Telmisartanum | Tolura, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05901878600901 |
| 2562 | Telmisartanum | Tolura, tabl., 80 mg | 30 szt. | 05903792743580 |
| 2563 | Telmisartanum | Tolura, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05909997077673 |
| 2564 | Telmisartanum | Tolura, tabl., 80 mg | 56 szt. | 05909997077697 |
| 2565 | Telmisartanum | Tolura, tabl., 80 mg | 84 szt. | 05909997077703 |
| 2566 | Telmisartanum | Toptelmi, tabl., 40 mg | 28 szt. | 05909990840472 |
| 2567 | Telmisartanum | Toptelmi, tabl., 40 mg | 56 szt. | 05909990840489 |
| 2568 | Telmisartanum | Toptelmi, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05909990840557 |
| 2569 | Telmisartanum | Toptelmi, tabl., 80 mg | 56 szt. | 05909990840564 |
| 2570 | Telmisartanum | Zanacodar, tabl., 40 mg | 28 szt. | 05909990941841 |
| 2571 | Telmisartanum | Zanacodar, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05909990941926 |
| 2572 | Terbinafinum | Erfin, tabl., 250 mg | 14 szt. | 05909990621057 |
| 2573 | Terbinafinum | Erfin, tabl., 250 mg | 28 szt. | 05909990621064 |
| 2574 | Terbinafinum | Myconafine, tabl., 250 mg | 14 szt. | 05909990419043 |
| 2575 | Terbinafinum | Myconafine, tabl., 250 mg | 28 szt. | 05909990419050 |
| 2576 | Terbinafinum | Zelefion, tabl., 250 mg | 28 szt. | 05909990645503 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 2577 | Theophylline | Theospirex retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 50 szt. | 05909990803910 |
| 2578 | Theophyllinum | Euphyllin long, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 200 mg | 30 szt. | 09120099670104 |
| 2579 | Theophyllinum | Euphyllin long, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 300 mg | 30 szt. | 09120099670111 |
| 2580 | Theophyllinum | Theospirex retard 300 mg, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg | 50 szt. | 05909990261215 |
| 2581 | Thiethylperazinum | Torecan, tabl. powl., 6,5 mg | 50 szt. | 05909990242511 |
| 2582 | Tiagabinum | Gabitril, tabl. powl., 10 mg | 50 szt. | 05909990058839 |
| 2583 | Tiagabinum | Gabitril, tabl. powl., 15 mg | 50 szt. | 05909990058846 |
| 2584 | Tiagabinum | Gabitril, tabl. powl., 5 mg | 50 szt. | 05909990058822 |
| 2585 | Tianeptinum natricum | Coaxil, tabl. drażowane, 12,5 mg | 30 szt. | 05909991267131 |
| 2586 | Tianeptinum natricum | Coaxil, tabl. drażowane, 12,5 mg | 30 szt. | 05909991290016 |
| 2587 | Tianeptinum natricum | Coaxil, tabl. powl., 12,5 mg | 30 szt. (1 blist.po 30 szt.) | 05909990370214 |
| 2588 | Tianeptinum natricum | Tianesal, tabl. powl., 12,5 mg | 30 szt. | 05909990875245 |
| 2589 | Tianeptinum natricum | Tianesal, tabl. powl., 12,5 mg | 90 szt. | 05909991201821 |
| 2590 | Timololum | Cusimolol 0,5%, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909990187713 |
| 2591 | Timololum | Oftensin, krople do oczu, roztwór, 2,5 mg/ml | 5 ml | 05909990073610 |
| 2592 | Timololum | Oftensin, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml | 5 ml | 05909990073719 |
| 2593 | Tioguaninum | Lanvis, tabl., 40 mg | 25 szt. | 05909990185214 |
| 2594 | Tizanidinum | Sirdalud MR, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 6 mg | 30 szt. | 05909990671410 |
| 2595 | Tizanidinum | Tizanor, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909990784486 |
| 2596 | Topiramatum | Epitoram, tabl. powl., 100 mg | 28 szt. | 05909990649594 |
| 2597 | Topiramatum | Epitoram, tabl. powl., 200 mg | 28 szt. | 05909990649617 |
| 2598 | Topiramatum | Epitoram, tabl. powl., 25 mg | 28 szt. | 05909990649556 |
| 2599 | Topiramatum | Epitoram, tabl. powl., 50 mg | 28 szt. | 05909990649570 |
| 2600 | Topiramatum | Etopro, tabl. powl., 100 mg | 28 szt. | 05909990061495 |
| 2601 | Topiramatum | Etopro, tabl. powl., 200 mg | 28 szt. | 05909990061464 |
| 2602 | Topiramatum | Etopro, tabl. powl., 25 mg | 28 szt. | 05909990061488 |
| 2603 | Topiramatum | Etopro, tabl. powl., 50 mg | 28 szt. | 05909990061471 |
| 2604 | Topiramatum | Oritop, tabl. powl., 100 mg | 60 szt. | 05909990715169 |
| 2605 | Topiramatum | Oritop, tabl. powl., 25 mg | 60 szt. | 05909990715084 |
| 2606 | Topiramatum | Oritop, tabl. powl., 50 mg | 60 szt. | 05909990715145 |
| 2607 | Topiramatum | Topamax, tabl. powl., 100 mg | 1 but.po 28 szt. | 05909990759019 |
| 2608 | Topiramatum | Topamax, tabl. powl., 200 mg | 1 but.po 28 szt. | 05909990759118 |
| 2609 | Topiramatum | Topamax, tabl. powl., 25 mg | 1 but.po 28 szt. | 05909990758814 |
| 2610 | Topiramatum | Topamax, tabl. powl., 50 mg | 1 but.po 28 szt. | 05909990758913 |
| 2611 | Topiramatum | Toramat, tabl. powl., 100 mg | 30 szt. (blister) | 05909990671496 |
| 2612 | Topiramatum | Toramat, tabl. powl., 200 mg | 30 szt. | 05909990671502 |
| 2613 | Topiramatum | Toramat, tabl. powl., 25 mg | 30 szt. (blister) | 05909990671472 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 2614 | Topiramatum | Toramat, tabl. powl., 50 mg | 30 szt. | 05909990671489 |
| 2615 | Tramadoli hydrochloridum | Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg | 10 szt. | 05909990967612 |
| 2616 | Tramadoli hydrochloridum | Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg | 30 szt. | 05909990967629 |
| 2617 | Tramadoli hydrochloridum | Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg | 50 szt. | 05909990967636 |
| 2618 | Tramadoli hydrochloridum | Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 10 szt. | 05909990967711 |
| 2619 | Tramadoli hydrochloridum | Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 30 szt. | 05909990967728 |
| 2620 | Tramadoli hydrochloridum | Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 50 szt. | 05909990967735 |
| 2621 | Tramadoli hydrochloridum | Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 10 szt. | 05909990967810 |
| 2622 | Tramadoli hydrochloridum | Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 30 szt. | 05909990967827 |
| 2623 | Tramadoli hydrochloridum | Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 50 szt. | 05909990967834 |
| 2624 | Tramadoli hydrochloridum | Poltram, kaps., 50 mg | 20 szt. | 05909990968718 |
| 2625 | Tramadoli hydrochloridum | Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml | 1 but.po 10 ml | 05909990969012 |
| 2626 | Tramadoli hydrochloridum | Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml | 1 but.po 96 ml | 05909990969029 |
| 2627 | Tramadoli hydrochloridum | Tramadol Aurovitas, kaps. twarde, 50 mg | 20 szt. | 05909991362300 |
| 2628 | Tramadoli hydrochloridum | Tramadol Krka, kaps. twarde, 50 mg | 20 szt. | 05909991376819 |
| 2629 | Tramadoli hydrochloridum | Tramadol SYNTEZA, kaps. twarde, 50 mg | 20 szt. | 05909990294619 |
| 2630 | Tramadoli hydrochloridum | Tramadol SYNTEZA, krople doustne, 100 mg/ml | 1 but.po 10 ml | 05909990294718 |
| 2631 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg | 10 szt. | 05909990786213 |
| 2632 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg | 30 szt. | 05909990786220 |
| 2633 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg | 50 szt. | 05909990786237 |
| 2634 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 10 szt. | 05909990786312 |
| 2635 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 30 szt. | 05909990786329 |
| 2636 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 50 szt. | 05909990786336 |
| 2637 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 30 szt. | 05909991480691 |
| 2638 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 50 szt. | 05909991480707 |
| 2639 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 10 szt. | 05909990786411 |
| 2640 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 30 szt. | 05909990786428 |
| 2641 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 50 szt. | 05909990786435 |
| 2642 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg | 10 szt. | 05909990780303 |
| 2643 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg | 30 szt. | 05909990780334 |
| 2644 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg | 50 szt. | 05909990780341 |
| 2645 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal, kaps. twarde, 50 mg | 20 szt. | 05909990253616 |
| 2646 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml | 1 but.po 10 ml | 05909990253913 |
| 2647 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml | 1 but.po 96 ml z pompką | 05909990253920 |
| 2648 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml | 5 amp.po 1 ml | 05909990253814 |
| 2649 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml | 5 amp.po 2 ml | 05909990253821 |
| 2650 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Doreta, tabl. powl., 37,5+325 mg | 60 szt. | 05909990735167 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 2651 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Doreta, tabl. powl., 37,5+325 mg | 90 szt. | 05909991143923 |
| 2652 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Doreta, tabl. powl., 75+650 mg | 60 szt. | 05909990936595 |
| 2653 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Doreta, tabl. powl., 75+650 mg | 90 szt. | 05909991143930 |
| 2654 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Exbol, tabl. powl., 37,5+325 mg | 90 szt. | 03830070471243 |
| 2655 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Exbol, tabl., 37,5+325 mg | 30 szt. | 05909990971763 |
| 2656 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Exbol, tabl., 37,5+325 mg | 60 szt. | 05909990971794 |
| 2657 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Padolten, tabl. powl., 37,5+325 mg | 30 szt. | 05909990806287 |
| 2658 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Padolten, tabl. powl., 37,5+325 mg | 60 szt. | 05909990806294 |
| 2659 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Padolten, tabl. powl., 37,5+325 mg | 90 szt. | 05909990806300 |
| 2660 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Palgotal, tabl. powl., 75+650 mg | 30 szt. | 05909991195076 |
| 2661 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Palgotal, tabl. powl., 75+650 mg | 60 szt. | 05909991482060 |
| 2662 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Palgotal, tabl. powl., 75+650 mg | 90 szt. | 05909991482077 |
| 2663 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg | 20 szt. | 05909990840984 |
| 2664 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg | 30 szt. | 05909990840991 |
| 2665 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg | 60 szt. | 05909990841004 |
| 2666 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg | 90 szt. | 05909990981472 |
| 2667 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powl., 37,5+325 mg | 30 szt. | 08595566452230 |
| 2668 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powl., 37,5+325 mg | 60 szt. | 08595566452247 |
| 2669 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powl., 37,5+325 mg | 90 szt. | 08595566452254 |
| 2670 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Tramapar, tabl. powl., 37,5+325 mg | 30 szt. | 05909990959457 |
| 2671 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Tramapar, tabl. powl., 37,5+325 mg | 60 szt. | 05909990959488 |
| 2672 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Tramapar, tabl. powl., 37,5+325 mg | 100 szt. | 05909990959563 |
| 2673 | Tramadolum + Paracetamolum | Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg | 20 szt. | 05909991283735 |
| 2674 | Tramadolum + Paracetamolum | Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg | 30 szt. | 05909991283742 |
| 2675 | Tramadolum + Paracetamolum | Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg | 60 szt. | 05909991283759 |
| 2676 | Tramadolum + Paracetamolum | Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg | 90 szt. | 05909991283766 |
| 2677 | Travoprostum | Travatan, krople do oczu, roztwór, 0,04 mg/ml | 1 but.po 2,5 ml | 05909990942619 |
| 2678 | Travoprostum | Travoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml | 1 but.po 2,5 ml | 05909991197629 |
| 2679 | Travoprostum | Vizitrav, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml | 1 poj.a 2,5 ml | 05909991321949 |
| 2680 | Travoprostum | Vizitrav, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml | 3 poj.a 2,5 ml | 05909991321956 |
| 2681 | Travoprostum + Timololum | DuoTrav, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml | 1 but.po 2,5 ml | 05909990586172 |
| 2682 | Travoprostum + Timololum | Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml | 1 but.a 2,5 ml | 05909991347802 |
| 2683 | Travoprostum + Timololum | Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml | 3 but.a 2,5 ml | 05909991347819 |
| 2684 | Travoprostum + Timololum | Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml | 4 but.a 2,5 ml | 05909991347826 |
| 2685 | Travoprostum + Timololum | Travoprost + Timolol Medical Valley, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml | 1 but.a 2,5 ml | 05909991447106 |
| 2686 | Travoprostum + Timololum | Travoprost+Timolol Genoptim, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml | 1 but.a 2,5 ml | 05909991350420 |
| 2687 | Trazodoni hydrochloridum | Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 60 szt. | 05909990715497 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 2688 | Trazodoni hydrochloridum | Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 20 szt. | 05909990918720 |
| 2689 | Trazodoni hydrochloridum | Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg | 30 szt. | 05909990918621 |
| 2690 | Trazodoni hydrochloridum | Trittico XR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 30 szt. | 05909991094645 |
| 2691 | Trazodoni hydrochloridum | Trittico XR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg | 30 szt. | 05909991094799 |
| 2692 | Triamcinolonum | Polcortolon, tabl., 4 mg | 20 szt. (2 blist.po 10 szt.) | 05909990915446 |
| 2693 | Tropicamidum | Tropicamidum WZF 0,5%, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml | 10 ml (2x5 ml) | 05909990125524 |
| 2694 | Tropicamidum | Tropicamidum WZF 1%, krople do oczu, roztwór, 10 mg/ml | 10 ml (2x5 ml) | 05909990125623 |
| 2695 | Vaccinum influenzae inactivatum ex corticis antigeniis praeparatum (szczepionka przeciw grypie (antygen powierzchniowy), inaktywowana) | Influvac Tetra, zawiesina do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, | 1 amp.-strzyk. 0,5 ml z igłą | 05909991347352 |
| 2696 | Valganciclovirum | Valcyte, proszek do sporządzania roztworu doustnego, 50 mg/ml | 1 but.po 12 g | 05902768001082 |
| 2697 | Valganciclovirum | Valhit, tabl. powl., 450 mg | 60 szt. | 05909991284381 |
| 2698 | Valsartanum | AuroValsart, tabl. powl., 160 mg | 28 szt. | 05909991345815 |
| 2699 | Valsartanum | AuroValsart, tabl. powl., 80 mg | 28 szt. | 05909991345785 |
| 2700 | Valsartanum | Avasart, tabl. powl., 160 mg | 28 szt. | 05909990773763 |
| 2701 | Valsartanum | Avasart, tabl. powl., 80 mg | 28 szt. | 05909990773695 |
| 2702 | Valsartanum | Bespres, tabl. powl., 160 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990751877 |
| 2703 | Valsartanum | Bespres, tabl. powl., 80 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990751594 |
| 2704 | Valsartanum | Diovan, tabl. powl., 160 mg | 28 szt. | 05909990929214 |
| 2705 | Valsartanum | Dipper - Mono, tabl. powl., 160 mg | 28 szt. | 05909990831067 |
| 2706 | Valsartanum | Dipper - Mono, tabl. powl., 160 mg | 56 szt. | 05909990831081 |
| 2707 | Valsartanum | Dipper - Mono, tabl. powl., 320 mg | 28 szt. | 05909990831159 |
| 2708 | Valsartanum | Dipper - Mono, tabl. powl., 80 mg | 28 szt. | 05909990830961 |
| 2709 | Valsartanum | Dipper - Mono, tabl. powl., 80 mg | 56 szt. | 05909990830985 |
| 2710 | Valsartanum | Tensart, tabl. powl., 160 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990682065 |
| 2711 | Valsartanum | Tensart, tabl. powl., 80 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990681877 |
| 2712 | Valsartanum | Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 160 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990074969 |
| 2713 | Valsartanum | Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 160 mg | 60 szt. | 05909990818983 |
| 2714 | Valsartanum | Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 160 mg | 90 szt. | 05909990818990 |
| 2715 | Valsartanum | Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 320 mg | 28 szt. | 05909990779147 |
| 2716 | Valsartanum | Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 320 mg | 28 szt. | 05909991460914 |
| 2717 | Valsartanum | Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 320 mg | 30 szt. | 05909991483036 |
| 2718 | Valsartanum | Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 80 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990074945 |
| 2719 | Valsartanum | Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 80 mg | 60 szt. | 05909990818853 |
| 2720 | Valsartanum | Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 80 mg | 90 szt. | 05909990818860 |
| 2721 | Valsartanum | Valsartan Medical Valley, tabl. powl., 160 mg | 28 szt. | 05909991282608 |
| 2722 | Valsartanum | Valsartan Medical Valley, tabl. powl., 80 mg | 28 szt. | 05909991282455 |
| 2723 | Valsartanum | Valtap, tabl. powl., 160 mg | 28 szt. | 05909990804580 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 2724 | Valsartanum | Valtap, tabl. powl., 80 mg | 28 szt. | 05909990804542 |
| 2725 | Valsartanum | Valzek, tabl., 160 mg | 28 szt. | 05909991202330 |
| 2726 | Valsartanum | Valzek, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05909991202286 |
| 2727 | Valsartanum | Vanatex, tabl. powl., 160 mg | 28 szt. | 05909990827480 |
| 2728 | Valsartanum | Vanatex, tabl. powl., 80 mg | 28 szt. | 05909990827459 |
| 2729 | Venlafaxinum | Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg | 60 szt. | 05909991197728 |
| 2730 | Venlafaxinum | Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. | 05909990047956 |
| 2731 | Venlafaxinum | Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 30 szt. | 05909991383886 |
| 2732 | Venlafaxinum | Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 30 szt. | 05909991394400 |
| 2733 | Venlafaxinum | Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg | 28 szt. | 05909990047901 |
| 2734 | Venlafaxinum | Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. | 05909990047895 |
| 2735 | Venlafaxinum | Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 30 szt. | 05909991383978 |
| 2736 | Venlafaxinum | Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 30 szt. | 05909991394318 |
| 2737 | Venlafaxinum | Alventa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 30 szt. | 05909991453879 |
| 2738 | Venlafaxinum | Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990660650 |
| 2739 | Venlafaxinum | Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 37,5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990660636 |
| 2740 | Venlafaxinum | Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990660643 |
| 2741 | Venlafaxinum | Efectin ER 150, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. | 05909990494019 |
| 2742 | Venlafaxinum | Efectin ER 75, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. | 05909990493913 |
| 2743 | Venlafaxinum | Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. | 05909990715374 |
| 2744 | Venlafaxinum | Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg | 28 szt. | 05909990715299 |
| 2745 | Venlafaxinum | Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. | 05909990715350 |
| 2746 | Venlafaxinum | Faxigen XL 150 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. | 05909990721528 |
| 2747 | Venlafaxinum | Faxigen XL 37,5 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg | 28 szt. | 05909990721498 |
| 2748 | Venlafaxinum | Faxigen XL 75 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. | 05909990721504 |
| 2749 | Venlafaxinum | Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. | 05909990691883 |
| 2750 | Venlafaxinum | Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg | 28 szt. | 05909990691760 |
| 2751 | Venlafaxinum | Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. | 05909990691906 |
| 2752 | Venlafaxinum | Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. | 05909991377168 |
| 2753 | Venlafaxinum | Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg | 28 szt. | 05909991377502 |
| 2754 | Venlafaxinum | Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. | 05909991377359 |
| 2755 | Venlafaxinum | Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. | 05909990795826 |
| 2756 | Venlafaxinum | Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 98 szt. | 05909990795833 |
| 2757 | Venlafaxinum | Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 225 mg | 28 szt. | 05909991481711 |
| 2758 | Venlafaxinum | Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg | 28 szt. | 05909990795802 |
| 2759 | Venlafaxinum | Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg | 98 szt. | 05909990795819 |
| 2760 | Venlafaxinum | Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. | 05909990795789 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 2761 | Venlafaxinum | Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 98 szt. | 05909990795796 |
| 2762 | Venlafaxinum | Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. | 05909990727520 |
| 2763 | Venlafaxinum | Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg | 28 szt. | 05909990727490 |
| 2764 | Venlafaxinum | Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. | 05909990727506 |
| 2765 | Venlafaxinum | Symfaxin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. | 05909991092030 |
| 2766 | Venlafaxinum | Symfaxin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. | 05909991091996 |
| 2767 | Venlafaxinum | Symfaxin ER, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg | 28 szt. | 05909991135096 |
| 2768 | Venlafaxinum | Velaxin ER 150 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. | 05909990056293 |
| 2769 | Venlafaxinum | Velaxin ER 37,5 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg | 28 szt. | 05909990055982 |
| 2770 | Venlafaxinum | Velaxin ER 75 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. | 05909990056279 |
| 2771 | Venlafaxinum | Venlafaxine Bluefish XL, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. | 05909990767625 |
| 2772 | Venlafaxinum | Venlafaxine Bluefish XL, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. | 05909990767601 |
| 2773 | Venlafaxinum | Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 28 szt. | 05909990424672 |
| 2774 | Venlafaxinum | Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 37,5 mg | 28 szt. | 05909990040971 |
| 2775 | Venlafaxinum | Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg | 28 szt. | 05909990040995 |
| 2776 | Verapamilum | Staveran 120, tabl. powl., 120 mg | 20 szt. | 05909990045419 |
| 2777 | Verapamilum | Staveran 40, tabl. powl., 40 mg | 20 szt. | 05909990045211 |
| 2778 | Verapamilum | Staveran 80, tabl. powl., 80 mg | 20 szt. | 05909990045310 |
| 2779 | Vigabatrinum | Sabril, granulat do sporządzania roztworu doustnego, 500 mg | 50 sasz. | 05909990832712 |
| 2780 | Vigabatrinum | Sabril, tabl. powl., 500 mg | 100 szt. | 05909990312818 |
| 2781 | Voriconazolum | Voriconazol Polpharma, tabl. powl., 200 mg | 20 szt. | 05909991063177 |
| 2782 | Voriconazolum | Voriconazole Accord, tabl. powl., 200 mg | 30 szt. | 05055565731536 |
| 2783 | Warfarinum natricum | Warfin, tabl., 3 mg | 100 szt. | 05909990622368 |
| 2784 | Warfarinum natricum | Warfin, tabl., 5 mg | 100 szt. | 05909990622382 |
| 2785 | Wyciągi alergenowe roztoczy kurzu domowego | Novo-Helisen Depot, zawiesina do wstrzykiwań, stężenie 3 - 5000 TU/ml lub 5000 PNU/ml | 2 fiol.po 4,5 ml (stężenie 3) | 05909990766871 |
| 2786 | Wyciągi alergenowe roztoczy kurzu domowego | Novo-Helisen Depot, zawiesina do wstrzykiwań, stężenie 3 - 5000 TU/ml lub 5000 PNU/ml | 1 fiol.po 4,5 ml (stężenie 3) | 05909991047061 |
| 2787 | Ziprasidonum | Zypsila, kaps. twarde, 80 mg | 56 szt. | 05909990681228 |
| 2788 | Zuclopenthixoli decanoas | Clopixol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml | 1 amp.po 1 ml | 05909990189212 |
| 2789 | Zuclopenthixoli decanoas | Clopixol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml | 10 amp.po 1 ml | 05909990189229 |
| 2790 | Zuclopenthixolum | Clopixol, tabl. powl., 10 mg | 100 szt. | 05909990126729 |
| 2791 | 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 Chronosphere 100, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 29,03+66,66 mg | 30 sasz.po 303 mg | 05909990425693 |
| 37 | Acidum valproicum + Natrii valproas | Depakine Chronosphere 1000, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 290,27+666,60 mg | 30 sasz.po 3030 mg | 05909990425754 |
| 38 | Acidum valproicum + Natrii valproas | Depakine Chronosphere 250, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 72,61+166,76 mg | 30 sasz.po 758 mg | 05909990425709 |
| 39 | Acidum valproicum + Natrii valproas | Depakine Chronosphere 500, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 145,14+333,30 mg | 30 sasz.po 1515 mg | 05909990425730 |
| 40 | Acidum valproicum + Natrii valproas | Depakine Chronosphere 750, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 217,75+500,06 mg | 30 sasz.po 2273 mg | 05909990425747 |
| 41 | Acidum zoledronicum | Osporil, roztwór do infuzji, 4 mg/100 ml | 1 fiol.po 100 ml | 05909991228392 |
| 42 | Acidum zoledronicum | Zerlinda, roztwór do infuzji, 4 mg/100 ml | 1 worek po 100 ml | 05909991103163 |
| 43 | Acidum zoledronicum | Zoledronic Acid Noridem, koncetrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml | 1 fiol.po 5 ml | 05208063003388 |
| 44 | Acidum zoledronicum | Zomikos, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml | 1 fiol.po 5 ml | 05909990948994 |
| 45 | Acitretinum | Acitren, kaps. twarde, 10 mg | 30 szt. | 05909990907731 |
| 46 | Acitretinum | Acitren, kaps. twarde, 10 mg | 100 szt. | 05909990907755 |
| 47 | Acitretinum | Acitren, kaps. twarde, 25 mg | 30 szt. | 05909990907762 |
| 48 | Acitretinum | Acitren, kaps. twarde, 25 mg | 100 szt. | 05909990907786 |
| 49 | Acitretinum | Neotigason, kaps., 10 mg | 100 szt. | 05909990697021 |
| 50 | Acitretinum | Neotigason, kaps., 10 mg | 30 szt. | 05909990854462 |
| 51 | Acitretinum | Neotigason, kaps., 25 mg | 100 szt. | 05909990696925 |
| 52 | Adrenalinum | Adrenalina WZF, roztwór do wstrzykiwań, 300 µg/0,3 ml | 1 amp.-strz.po 1 ml | 05909991069711 |
| 53 | Agomelatinum | Agolek, tabl. powl., 25 mg | 28 szt. | 05909991388768 |
| 54 | Agomelatinum | Agomelatine +pharma, tabl. powl., 25 mg | 30 szt. | 05901720140494 |
| 55 | Agomelatinum | Agomelatine G.L. Pharma, tabl. powl., 25 mg | 28 szt. | 09008732009293 |
| 56 | Agomelatinum | Agomelatyna Egis, tabl. powl., 25 mg | 28 szt. | 05995327174952 |
| 57 | Agomelatinum | Lamegom, tabl. powl., 25 mg | 28 szt. | 03838989699352 |
| 58 | Agomelatinum | Symago, tabl. powl., 25 mg | 28 szt. | 05909991391423 |
| 59 | Alergeny kurzu domowego | Novo-Helisen Depot, zawiesina do wstrzykiwań, stężenie: 1 - 50 TU/ml lub 50 PNU/ml; 2 - 500 TU/ml lub 500 PNU/ml; 3 - 5000 TU/ml lub 5000 PNU/ml | 3 fiol.po 4,5 ml (stężenia 1-3) | 05909990001118 |
| 60 | Alfuzosini hydrochloridum | Alfabax, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990746576 |
| 61 | Alfuzosini hydrochloridum | Alfurion, tabl. o przedł. uwalnianiu, 10 mg | 30 szt. | 05909991291945 |
| 62 | Alfuzosini hydrochloridum | Dalfaz SR 5, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg | 20 szt. | 05909990812714 |
| 63 | Alfuzosini hydrochloridum | Dalfaz Uno, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 30 szt. (blister) | 05909990837816 |
| 64 | Allopurinolum | Allupol, tabl., 100 mg | 50 szt. | 05909990109418 |
| 65 | Allopurinolum | Allupol, tabl., 300 mg | 30 szt. | 05909991316228 |
| 66 | Allopurinolum | Argadopin, tabl., 100 mg | 50 szt. | 05907626706505 |
| 67 | Allopurinolum | Argadopin, tabl., 100 mg | 100 szt. | 05907626706529 |
| 68 | Allopurinolum | Argadopin, tabl., 300 mg | 30 szt | 05907626706604 |
| 69 | Allopurinolum | Argadopin, tabl., 300 mg | 100 szt. | 05907626706628 |
| 70 | Allopurinolum | Dnor, tabl., 100 mg | 50 szt. | 05909991508616 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 71 | Allopurinolum | Dnor, tabl., 300 mg | 30 szt. | 05909991508654 |
| 72 | Allopurinolum | Milurit, tabl., 100 mg | 50 szt. | 05909990163212 |
| 73 | Allopurinolum | Milurit, tabl., 300 mg | 30 szt. | 05909990414819 |
| 74 | Amantadini hydrochloridum | Viregyt-K, kaps., 100 mg | 50 szt. | 05909990320912 |
| 75 | Amiloridi hydrochloridum + Hydrochlorothiazidum | Tialorid mite, tabl., 2,5+25 mg | 50 tabl. | 05909990373819 |
| 76 | Amiloridi hydrochloridum + Hydrochlorothiazidum | Tialorid, tabl., 5+50 mg | 50 tabl. | 05909990206025 |
| 77 | Amiodaroni hydrochloridum | Opacorden, tabl. powl., 200 mg | 60 szt. | 05909990086818 |
| 78 | Amisulpridum | Amipryd, tabl., 100 mg | 30 szt. | 05909991412876 |
| 79 | Amisulpridum | Amipryd, tabl., 200 mg | 30 szt. | 05909991412883 |
| 80 | Amisulpridum | Amipryd, tabl., 400 mg | 30 szt. | 05909991412906 |
| 81 | Amisulpridum | Amisan , tabl., 200 mg | 60 szt. | 05909990762972 |
| 82 | Amisulpridum | Amisan , tabl., 50 mg | 60 szt. | 05909990762880 |
| 83 | Amisulpridum | Amisan, tabl. powl., 400 mg | 30 szt. | 05909990762996 |
| 84 | Amisulpridum | Amisan, tabl., 200 mg | 30 szt. | 05909990762965 |
| 85 | Amisulpridum | ApoSuprid, tabl. powl., 400 mg | 30 szt. | 05909991348649 |
| 86 | Amisulpridum | ApoSuprid, tabl., 200 mg | 30 szt. | 05909991348557 |
| 87 | Amisulpridum | Masultab, tabl., 200 mg | 30 szt. | 09008732013207 |
| 88 | Amisulpridum | Masultab, tabl., 400 mg | 30 szt. | 09008732013214 |
| 89 | Amisulpridum | Solian, tabl. powl., 200 mg | 30 szt. | 05909990840915 |
| 90 | Amisulpridum | Solian, tabl. powl., 400 mg | 30 szt. | 05909990841011 |
| 91 | Amisulpridum | Solian, tabl. powl., 400 mg | 30 szt. | 05909991471248 |
| 92 | Amisulpridum | Solian, tabl., 100 mg | 30 szt. | 05909990840816 |
| 93 | Amisulpridum | Solian, tabl., 400 mg | 30 szt. | 05909991452261 |
| 94 | Amisulpridum | Solian, tabl., 400 mg | 30 szt. | 05909991466114 |
| 95 | Amisulpridum | Symamis, tabl., 200 mg | 30 szt. | 05909991410773 |
| 96 | Amisulpridum | Symamis, tabl., 400 mg | 30 szt. | 05909991410803 |
| 97 | Amlodipini besilas | ApoAmlo, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991322885 |
| 98 | Amlodipini besilas | ApoAmlo, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909991322816 |
| 99 | Amlodipinum | Adipine, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990642267 |
| 100 | Amlodipinum | Adipine, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990642311 |
| 101 | Amlodipinum | Agen 10, tabl., 10 mg | 60 szt. | 05909991067540 |
| 102 | Amlodipinum | Agen 10, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991099022 |
| 103 | Amlodipinum | Agen 10, tabl., 10 mg | 60 szt. | 05909991436636 |
| 104 | Amlodipinum | Agen 5, tabl., 5 mg | 60 szt. | 05909991067533 |
| 105 | Amlodipinum | Agen 5, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909991098926 |
| 106 | Amlodipinum | Agen 5, tabl., 5 mg | 60 szt. | 05909991436759 |
| 107 | Amlodipinum | Aldan, tabl., 10 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909991008734 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 108 | Amlodipinum | Aldan, tabl., 5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909991008635 |
| 109 | Amlodipinum | Alneta, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991068073 |
| 110 | Amlodipinum | Alneta, tabl., 10 mg | 60 szt. | 05909991068097 |
| 111 | Amlodipinum | Alneta, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909991067977 |
| 112 | Amlodipinum | Alneta, tabl., 5 mg | 60 szt. | 05909991067991 |
| 113 | Amlodipinum | Amlodipine Bluefish, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990800551 |
| 114 | Amlodipinum | Amlodipine Bluefish, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990800469 |
| 115 | Amlodipinum | Amlomyl, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990842698 |
| 116 | Amlodipinum | Amlomyl, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990842476 |
| 117 | Amlodipinum | Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990048977 |
| 118 | Amlodipinum | Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991361020 |
| 119 | Amlodipinum | Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991464462 |
| 120 | Amlodipinum | Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991478148 |
| 121 | Amlodipinum | Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991511449 |
| 122 | Amlodipinum | Amlopin 5 mg, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990048939 |
| 123 | Amlodipinum | Amlopin 5 mg, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909991361013 |
| 124 | Amlodipinum | Amlozek, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990799817 |
| 125 | Amlodipinum | Amlozek, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990799718 |
| 126 | Amlodipinum | Cardilopin, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990907519 |
| 127 | Amlodipinum | Cardilopin, tabl., 2,5 mg | 30 szt. | 05909990907311 |
| 128 | Amlodipinum | Cardilopin, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990907410 |
| 129 | Amlodipinum | Normodipine, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990993116 |
| 130 | Amlodipinum | Normodipine, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990993017 |
| 131 | Amlodipinum | Tenox, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990963119 |
| 132 | Amlodipinum | Tenox, tabl., 5 mg | 90 szt. | 05909990421824 |
| 133 | Amlodipinum | Tenox, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990963010 |
| 134 | Amlodipinum | Vilpin, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991042912 |
| 135 | Amlodipinum | Vilpin, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990621217 |
| 136 | Amlodipinum + Valsartanum | Avasart Plus, tabl. powl., 10+160 mg | 28 szt. | 05909991342920 |
| 137 | Amlodipinum + Valsartanum | Avasart Plus, tabl. powl., 5+160 mg | 28 szt. | 05909991342838 |
| 138 | Amlodipinum + Valsartanum | Avasart Plus, tabl. powl., 5+80 mg | 28 szt. | 05909991342746 |
| 139 | Amlodipinum + Valsartanum | Dipperam, tabl. powl., 10+160 mg | 28 szt. | 05907626708288 |
| 140 | Amlodipinum + Valsartanum | Dipperam, tabl. powl., 10+160 mg | 56 szt. | 05907626709384 |
| 141 | Amlodipinum + Valsartanum | Dipperam, tabl. powl., 5+160 mg | 28 szt. | 05907626708257 |
| 142 | Amlodipinum + Valsartanum | Dipperam, tabl. powl., 5+160 mg | 56 szt. | 05907626709377 |
| 143 | Amlodipinum + Valsartanum | Dipperam, tabl. powl., 5+80 mg | 28 szt. | 05907626708226 |
| 144 | Amlodipinum + Valsartanum | Dipperam, tabl. powl., 5+80 mg | 56 szt. | 05907626709360 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 145 | Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Dipperam HCT, tabl. powl., 10 + 160 + 12,5 mg | 28 szt. | 05907626709339 |
| 146 | Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Dipperam HCT, tabl. powl., 10 + 160 + 25 mg | 28 szt. | 07613421033347 |
| 147 | Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Dipperam HCT, tabl. powl., 5 + 160 + 12,5 mg | 28 szt. | 07613421033330 |
| 148 | Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Valtricom, tabl. powl., 10 + 160 + 12,5 mg | 28 szt. | 03838989708610 |
| 149 | Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Valtricom, tabl. powl., 10 + 160 + 25 mg | 28 szt. | 03838989708634 |
| 150 | Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Valtricom, tabl. powl., 5 + 160 + 12,5 mg | 28 szt. | 03838989708627 |
| 151 | Amoxicillinum | Amotaks DIS, tabl., 1 g | 16 szt. | 05909991043728 |
| 152 | Amoxicillinum | Amotaks Dis, tabl., 1 g | 20 szt. | 05909991089146 |
| 153 | Amoxicillinum | Amotaks DIS, tabl., 500 mg | 16 szt. | 05909991043520 |
| 154 | Amoxicillinum | Amotaks Dis, tabl., 500 mg | 20 szt. | 05909991089122 |
| 155 | Amoxicillinum | Amotaks DIS, tabl., 750 mg | 16 szt. | 05909991043629 |
| 156 | Amoxicillinum | Amotaks Dis, tabl., 750 mg | 20 szt. | 05909991089139 |
| 157 | Amoxicillinum | Amotaks, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml | 60 ml | 05909990794379 |
| 158 | Amoxicillinum | Amotaks, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml | 1 but.po 100 ml | 05909991298258 |
| 159 | Amoxicillinum | Amotaks, kaps. twarde, 500 mg | 16 szt. | 05909990691517 |
| 160 | Amoxicillinum | Amotaks, kaps. twarde, 500 mg | 20 szt. | 05909991089108 |
| 161 | Amoxicillinum | Amotaks, tabl., 1 g | 16 szt. | 05909990691319 |
| 162 | Amoxicillinum | Amotaks, tabl., 1 g | 20 szt. | 05909991089153 |
| 163 | Amoxicillinum | Amoxicillin Aurovitas, tabl. do sporz. zaw. doustnej, 1000 mg | 16 szt. | 05909991373139 |
| 164 | Amoxicillinum | Hiconcil, kaps. twarde, 500 mg | 16 szt. | 05909990066117 |
| 165 | Amoxicillinum | Hiconcil, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml | 100 ml | 05909990083619 |
| 166 | Amoxicillinum | Ospamox 1000 mg, tabl. powl., 1000 mg | 20 szt. | 05909990778041 |
| 167 | Amoxicillinum | Ospamox 500 mg, tabl. powl., 500 mg | 20 szt. | 05909990788453 |
| 168 | Amoxicillinum | Ospamox 750 mg, tabl. powl., 750 mg | 20 szt. | 05909990788477 |
| 169 | Amoxicillinum | Ospamox, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml | 1 but. 60 ml | 05907626702361 |
| 170 | Amoxicillinum | Ospamox, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml | 1 but.po 100 ml | 05909990781874 |
| 171 | Amoxicillinum | Ospamox, tabl. powl., 1000 mg | 16 szt. | 05909990293322 |
| 172 | Amoxicillinum | Ospamox, tabl. powl., 500 mg | 16 szt. | 05909990293124 |
| 173 | Amoxicillinum | Ospamox, tabl. powl., 750 mg | 16 szt. | 05909990293223 |
| 174 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Amoksiklav ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml | 1 but. a 100 ml | 07613421046934 |
| 175 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Amoksiklav ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml | 1 but a 50 ml | 07613421046941 |
| 176 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Amoksiklav QUICKTAB 1000 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej/tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 875+125 mg | 14 szt. | 05909990649747 |
| 177 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Amoksiklav QUICKTAB 625 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej/tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 500+125 mg | 14 szt. | 05909990646906 |
| 178 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Amoksiklav, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml | 35 ml (8,75 g) | 05909990894819 |
| 179 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Amoksiklav, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml | 70 ml (17,5 g) | 05909990894826 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 180 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Amoksiklav, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml | 140 ml (35 g) | 05909990894833 |
| 181 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Amoksiklav, tabl. powl., 500+125 mg | 14 szt. | 05909990081912 |
| 182 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg | 14 szt. | 05909990411115 |
| 183 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg | 20 szt. | 05909991012960 |
| 184 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg | 14 szt. | 05909991243319 |
| 185 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg | 14 szt. | 05909991250324 |
| 186 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Amylan ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml | 1 but a 50 ml | 05901797711108 |
| 187 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Amylan ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml | 1 but. a 100 ml | 05901797711115 |
| 188 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Amylan, tabl. powl., 500+125 mg | 14 szt. | 05909991284220 |
| 189 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Amylan, tabl. powl., 875+125 mg | 14 szt. | 05909991284237 |
| 190 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Auglavin PPH Extra, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml | 1 but. a 100 ml | 05909991343279 |
| 191 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Auglavin PPH, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml | 70 ml (but.) | 05909991343255 |
| 192 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Auglavin PPH, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml | 140 ml (but.) | 05909991343262 |
| 193 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Auglavin PPH, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 875+125 mg | 14 sasz. | 05903060615908 |
| 194 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Auglavin PPH, tabl. powl., 500+125 mg | 14 szt. | 05903060615922 |
| 195 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Auglavin PPH, tabl. powl., 875+125 mg | 14 szt. | 05903060615953 |
| 196 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Augmentin ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml | 50 ml | 05909990614288 |
| 197 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Augmentin ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml | 1 but. a 100 ml | 05909990614318 |
| 198 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Augmentin, tabl. powl., 250+125 mg | 21 szt. | 05909990064120 |
| 199 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Augmentin, tabl. powl., 500+125 mg | 14 szt. | 05909990368235 |
| 200 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg | 14 szt. | 05909990717521 |
| 201 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg | 20 szt. | 05909991093990 |
| 202 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg | 14 szt. | 05909991209483 |
| 203 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg | 14 szt. | 05909991248949 |
| 204 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg | 14 szt. | 05909997198385 |
| 205 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg | 14 szt. | 05909997217345 |
| 206 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg | 14 szt. | 05909997230542 |
| 207 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Co-amoxiclav Bluefish, tabl. powl., 875+125 mg | 14 szt. | 05909990744848 |
| 208 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Hiconcil combi, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml | 70 ml (14 g) | 05909991233846 |
| 209 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Hiconcil combi, tabl. powl., 875+125 mg | 14 szt. | 05909991233624 |
| 210 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Penlac, tabl. powl., 875+125 mg | 14 szt. | 05909991441517 |
| 211 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Penlac, tabl. powl., 875+125 mg | 20 szt. | 05909991444440 |
| 212 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Polamoklav, tabl. powl., 875+125 mg | 14 szt. | 05909991392772 |
| 213 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Ramoclav, tabl. powl., 875+125 mg | 14 szt. | 05909991042073 |
| 214 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Ramoclav, tabl. powl., 875+125 mg | 21 szt. | 05909991042080 |
| 215 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Ramoclav, tabl. powl., 875+125 mg | 14 szt. | 05909991474027 |
| 216 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Ramoclav, tabl. powl., 875+125 mg | 21 szt. | 05909991474034 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 217 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml | 1 but. 140 ml | 05909990793587 |
| 218 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml | 35 ml | 05909990793594 |
| 219 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml | 1 but. 70 ml | 05909990793600 |
| 220 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Taromentin, tabl. powl., 500+125 mg | 21 szt. | 05909990430611 |
| 221 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Taromentin, tabl. powl., 500+125 mg | 14 szt. | 05909990430628 |
| 222 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Taromentin, tabl. powl., 875+125 mg | 21 szt. | 05904016012444 |
| 223 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Taromentin, tabl. powl., 875+125 mg | 14 szt. | 05909991087715 |
| 224 | Amoxicillinum trihydricum + Kalii clavulonas | Amoxicillin + Clavulanic Acid Aurovitas, tabl. powl., 875+125 mg | 14 szt. | 05909991395759 |
| 225 | Anastrozolum | Anastrozol Bluefish, tabl. powl., 1 mg | 28 szt. | 05909990802432 |
| 226 | Anastrozolum | Anastrozol Teva, tabl. powl., 1 mg | 28 szt. | 05909990082162 |
| 227 | Anastrozolum | Anastrozole Eugia, tabl. powl., 1 mg | 28 szt. | 05909991457808 |
| 228 | Anastrozolum | Arimidex, tabl. powl., 1 mg | 28 szt. | 05909990756711 |
| 229 | Anastrozolum | Atrozol, tabl. powl., 1 mg | 28 szt. | 05909991090029 |
| 230 | Anastrozolum | Egistrozol, tabl. powl., 1 mg | 28 szt. | 05909990082148 |
| 231 | Anastrozolum | Egistrozol, tabl. powl., 1 mg | 30 szt. | 05909991464288 |
| 232 | Apixabanum | Eliquis, tabl. powl., 2,5 mg | 20 szt. | 05909990861040 |
| 233 | Apixabanum | Eliquis, tabl. powl., 5 mg | 56 szt. | 05909991019396 |
| 234 | Aprepitantum | Aprepitant Accord, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg | 3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg) | 05909991400576 |
| 235 | Aprepitantum | Aprepitant Mylan, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg | 3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg) | 05909991352547 |
| 236 | Aprepitantum | Aprepitant Sandoz, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg | 3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg) | 05909991360818 |
| 237 | Aprepitantum | Aprepitant Stada, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg | 3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg) | 05909991412715 |
| 238 | Aripiprazolum | Abilify, tabl., 10 mg | 56 szt. | 05038256002573 |
| 239 | Aripiprazolum | Abilify, tabl., 15 mg | 28 szt. | 05901878600888 |
| 240 | Aripiprazolum | Abilify, tabl., 15 mg | 56 szt. | 05901878600895 |
| 241 | Aripiprazolum | Abilify, tabl., 15 mg | 28 szt. | 05903792743528 |
| 242 | Aripiprazolum | Abilify, tabl., 15 mg | 56 szt. | 05903792743535 |
| 243 | Aripiprazolum | Abilify, tabl., 15 mg | 28 szt. | 05909990002306 |
| 244 | Aripiprazolum | Abilify, tabletki, 15 mg | 56 szt. | 05909990002337 |
| 245 | Aripiprazolum | Abilify, tabletki, 30 mg | 56 szt. | 05909990002382 |
| 246 | Aripiprazolum | Apiprax, tabl., 15 mg | 28 szt. | 05909991279691 |
| 247 | Aripiprazolum | Apra, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05906414001068 |
| 248 | Aripiprazolum | Apra, tabl., 10 mg | 56 szt. | 05906414001730 |
| 249 | Aripiprazolum | Apra, tabl., 10 mg | 84 szt. | 05906414001747 |
| 250 | Aripiprazolum | Apra, tabl., 15 mg | 28 szt. | 05906414001075 |
| 251 | Aripiprazolum | Apra, tabl., 15 mg | 56 szt. | 05906414001754 |
| 252 | Aripiprazolum | Apra, tabl., 15 mg | 84 szt. | 05906414001761 |
| 253 | Aripiprazolum | Apra, tabl., 30 mg | 28 szt. | 05906414001082 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 254 | Aripiprazolum | Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 28 szt. | 05906414001020 |
| 255 | Aripiprazolum | Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 56 szt. | 05906414001648 |
| 256 | Aripiprazolum | Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 84 szt. | 05906414001655 |
| 257 | Aripiprazolum | Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 28 szt. | 05906414001037 |
| 258 | Aripiprazolum | Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 56 szt. | 05906414001662 |
| 259 | Aripiprazolum | Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 84 szt. | 05906414001679 |
| 260 | Aripiprazolum | Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 30 mg | 28 szt. | 05906414001044 |
| 261 | Aripiprazolum | Aribit ODT, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 28 szt. | 05909991251475 |
| 262 | Aripiprazolum | Aribit, tabl., 10 mg | 56 szt. | 05907529463284 |
| 263 | Aripiprazolum | Aribit, tabl., 15 mg | 28 szt. | 05907529463314 |
| 264 | Aripiprazolum | Aribit, tabl., 15 mg | 56 szt. | 05907529463338 |
| 265 | Aripiprazolum | Aribit, tabl., 30 mg | 56 szt. | 05907529463383 |
| 266 | Aripiprazolum | Aricogan, tabl., 15 mg | 28 szt. | 05909991265526 |
| 267 | Aripiprazolum | Aripilek, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991232733 |
| 268 | Aripiprazolum | Aripilek, tabl., 15 mg | 28 szt. | 05909991232832 |
| 269 | Aripiprazolum | Aripilek, tabl., 15 mg | 30 szt. | 05909991232849 |
| 270 | Aripiprazolum | Aripilek, tabl., 15 mg | 56 szt. | 05909991232856 |
| 271 | Aripiprazolum | Aripilek, tabl., 15 mg | 60 szt. | 05909991232863 |
| 272 | Aripiprazolum | Aripilek, tabl., 15 mg | 90 szt. | 05909991232887 |
| 273 | Aripiprazolum | Aripilek, tabl., 30 mg | 28 szt. | 05909991232931 |
| 274 | Aripiprazolum | Aripiprazole +pharma, tabl., 15 mg | 30 szt. | 05901720140241 |
| 275 | Aripiprazolum | Aripiprazole Aurovitas, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 28 szt. (w blistrach perforowanych) | 05909991270223 |
| 276 | Aripiprazolum | Aripiprazole Aurovitas, tabl., 15 mg | 28 szt. | 05909991339951 |
| 277 | Aripiprazolum | Aripiprazole Orion, tabl., 15 mg | 28 szt. | 05909991263850 |
| 278 | Aripiprazolum | Aripiprazole Sandoz, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05907626705690 |
| 279 | Aripiprazolum | Aripiprazole Sandoz, tabl., 10 mg | 56 szt. | 05907626705713 |
| 280 | Aripiprazolum | Aripiprazole Sandoz, tabl., 15 mg | 28 szt. | 05907626705836 |
| 281 | Aripiprazolum | Aripiprazole Sandoz, tabl., 15 mg | 56 szt. | 05907626705850 |
| 282 | Aripiprazolum | Arpixor, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991404659 |
| 283 | Aripiprazolum | Arpixor, tabl., 10 mg | 56 szt. | 05909991404666 |
| 284 | Aripiprazolum | Arpixor, tabl., 15 mg | 28 szt. | 05909991404673 |
| 285 | Aripiprazolum | Arpixor, tabl., 15 mg | 56 szt. | 05909991404680 |
| 286 | Aripiprazolum | Arpixor, tabl., 30 mg | 28 szt. | 05909991404710 |
| 287 | Aripiprazolum | Arpixor, tabl., 30 mg | 56 szt. | 05909991404727 |
| 288 | Aripiprazolum | Arpixor, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909991404635 |
| 289 | Aripiprazolum | Arpixor, tabl., 5 mg | 56 szt. | 05909991404642 |
| 290 | Aripiprazolum | Aryzalera, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991205225 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 291 | Aripiprazolum | Aryzalera, tabl., 10 mg | 56 szt. | 05909991205256 |
| 292 | Aripiprazolum | Aryzalera, tabl., 15 mg | 28 szt. | 05909991205324 |
| 293 | Aripiprazolum | Aryzalera, tabl., 15 mg | 56 szt. | 05909991205355 |
| 294 | Aripiprazolum | Aryzalera, tabl., 30 mg | 28 szt. | 05909991205423 |
| 295 | Aripiprazolum | Asduter, tabl., 15 mg | 28 szt. | 05909991229733 |
| 296 | Aripiprazolum | Asduter, tabletki, 10 mg | 28 szt. | 05909991229696 |
| 297 | Aripiprazolum | Explemed, tabl., 15 mg | 28 szt. | 05909991236946 |
| 298 | Aripiprazolum | Explemed, tabl., 15 mg | 56 szt. | 05909991236953 |
| 299 | Atorvastatin | Atrox 10, tabl. powl., 10 mg | 60 szt. | 05907695215137 |
| 300 | Atorvastatin | Atrox 10, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909991124618 |
| 301 | Atorvastatin | Atrox 20, tabl. powl., 20 mg | 60 szt. | 05907695215144 |
| 302 | Atorvastatin | Atrox 20, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909991124717 |
| 303 | Atorvastatin | Atrox 40, tabl. powl., 40 mg | 60 szt. | 05907695215151 |
| 304 | Atorvastatin | Atrox 40, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 05909991124816 |
| 305 | Atorvastatinum | Apo-Atorva, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909990787586 |
| 306 | Atorvastatinum | Apo-Atorva, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909990787609 |
| 307 | Atorvastatinum | Apo-Atorva, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 05909990787647 |
| 308 | Atorvastatinum | Atoris, tabl. powl., 10 mg | 90 szt. | 05909990336647 |
| 309 | Atorvastatinum | Atoris, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909990991815 |
| 310 | Atorvastatinum | Atoris, tabl. powl., 20 mg | 90 szt. | 05909990419173 |
| 311 | Atorvastatinum | Atoris, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909990991914 |
| 312 | Atorvastatinum | Atoris, tabl. powl., 20 mg | 60 szt. | 05909991013806 |
| 313 | Atorvastatinum | Atoris, tabl. powl., 30 mg | 30 szt. | 05909990885282 |
| 314 | Atorvastatinum | Atoris, tabl. powl., 30 mg | 60 szt. | 05909990885299 |
| 315 | Atorvastatinum | Atoris, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 05909990623464 |
| 316 | Atorvastatinum | Atoris, tabl. powl., 40 mg | 60 szt. | 05909990623471 |
| 317 | Atorvastatinum | Atoris, tabl. powl., 40 mg | 90 szt. | 05909990623488 |
| 318 | Atorvastatinum | Atoris, tabl. powl., 60 mg | 30 szt. | 05909990885336 |
| 319 | Atorvastatinum | Atoris, tabl. powl., 80 mg | 30 szt. | 05909990885374 |
| 320 | Atorvastatinum | Atorvagen, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. (butelka) | 05909990938926 |
| 321 | Atorvastatinum | Atorvagen, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. (butelka) | 05909990938995 |
| 322 | Atorvastatinum | Atorvastatin Aurovitas, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 05909991321710 |
| 323 | Atorvastatinum | Atorvastatin Aurovitas, tabletki powlekane, 20 mg | 30 szt. | 05909991321611 |
| 324 | Atorvastatinum | Atorvastatin Aurovitas, tabletki powlekane, 20 mg | 90 szt. | 05909991321659 |
| 325 | Atorvastatinum | Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909991382896 |
| 326 | Atorvastatinum | Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909991382902 |
| 327 | Atorvastatinum | Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 30 mg | 30 szt. | 05909991382919 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 328 | Atorvastatinum | Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 05909991382926 |
| 329 | Atorvastatinum | Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 60 mg | 30 szt. | 05909991382933 |
| 330 | Atorvastatinum | Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 80 mg | 30 szt. | 05909991382940 |
| 331 | Atorvastatinum | Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909990900053 |
| 332 | Atorvastatinum | Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909990899920 |
| 333 | Atorvastatinum | Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 20 mg | 60 szt. | 05909990899951 |
| 334 | Atorvastatinum | Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 20 mg | 90 szt. | 05909990899975 |
| 335 | Atorvastatinum | Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 05909990900275 |
| 336 | Atorvastatinum | Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 40 mg | 60 szt. | 05909990900305 |
| 337 | Atorvastatinum | Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 40 mg | 90 szt. | 05909990900336 |
| 338 | Atorvastatinum | Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 80 mg | 30 szt. | 05909990900459 |
| 339 | Atorvastatinum | Atorvastatin Medical Valley, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909991501655 |
| 340 | Atorvastatinum | Atorvastatin Medical Valley, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 05909991501662 |
| 341 | Atorvastatinum | Atorvastatin Medreg, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909991444686 |
| 342 | Atorvastatinum | Atorvastatin Medreg, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909991444730 |
| 343 | Atorvastatinum | Atorvastatin Medreg, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 05909991444792 |
| 344 | Atorvastatinum | Atorvastatin Medreg, tabl. powl., 80 mg | 30 szt. | 05909991444853 |
| 345 | Atorvastatinum | Atorvasterol, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909990077847 |
| 346 | Atorvastatinum | Atorvasterol, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909990077939 |
| 347 | Atorvastatinum | Atorvasterol, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 05909990078028 |
| 348 | Atorvastatinum | Atorvasterol, tabl. powl., 80 mg | 30 szt. | 05909991041298 |
| 349 | Atorvastatinum | Atorvox, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909990573400 |
| 350 | Atorvastatinum | Atorvox, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909990573530 |
| 351 | Atorvastatinum | Atorvox, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 05909990573547 |
| 352 | Atorvastatinum | Atorvox, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. | 05909991479992 |
| 353 | Atorvastatinum | Atrox 10, tabl. powl., 10 mg | 90 szt. | 05907695215359 |
| 354 | Atorvastatinum | Atrox 20, tabl. powl., 20 mg | 90 szt. | 05907695215366 |
| 355 | Atorvastatinum | Atrox 40, tabl. powl., 40 mg | 90 szt. | 05907695215373 |
| 356 | Atorvastatinum | Atrox, tabl. powl., 80 mg | 30 szt. | 05909991011383 |
| 357 | Atorvastatinum | Lambrinex, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909990905508 |
| 358 | Atorvastatinum | Lambrinex, tabl. powl., 10 mg | 60 szt. | 05909990905539 |
| 359 | Atorvastatinum | Lambrinex, tabl. powl., 10 mg | 90 szt. | 05909990905553 |
| 360 | Atorvastatinum | Lambrinex, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909990905638 |
| 361 | Atorvastatinum | Lambrinex, tabl. powl., 20 mg | 60 szt. | 05909990905652 |
| 362 | Atorvastatinum | Lambrinex, tabl. powl., 20 mg | 90 szt. | 05909990905676 |
| 363 | Atorvastatinum | Lambrinex, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 05909990905782 |
| 364 | Atorvastatinum | Lambrinex, tabl. powl., 40 mg | 60 szt. | 05909990905805 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 365 | Atorvastatinum | Lambrinex, tabl. powl., 40 mg | 90 szt. | 05909990905867 |
| 366 | Atorvastatinum | Storvas CRT, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909991042097 |
| 367 | Atorvastatinum | Storvas CRT, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909991042103 |
| 368 | Atorvastatinum | Storvas CRT, tabl. powl., 30 mg | 30 szt. | 05909991415976 |
| 369 | Atorvastatinum | Storvas CRT, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 05909991042134 |
| 370 | Atorvastatinum | Storvas CRT, tabl. powl., 60 mg | 30 szt. | 05909991419042 |
| 371 | Atorvastatinum | Storvas CRT, tabl. powl., 80 mg | 30 szt. | 05909991042141 |
| 372 | Atorvastatinum | Torvacard 10, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909990338290 |
| 373 | Atorvastatinum | Torvacard 20, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909990338368 |
| 374 | Atorvastatinum | Torvacard 40, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 05909990338436 |
| 375 | Atorvastatinum | Torvacard 40, tabl. powl., 40 mg | 90 szt. | 05909990338443 |
| 376 | Atorvastatinum | Torvacard, tabl. powl., 80 mg | 30 szt. | 05909990957071 |
| 377 | Atorvastatinum | Tulip 40 mg, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 05909990810161 |
| 378 | Atorvastatinum | Tulip 40 mg, tabl. powl., 40 mg | 60 szt. | 05909990810178 |
| 379 | Atorvastatinum | Tulip 40 mg, tabl. powl., 40 mg | 90 szt. | 05909990810185 |
| 380 | Atorvastatinum | Tulip 80 mg, tabl. powl., 80 mg | 30 szt. | 05909990810208 |
| 381 | Atorvastatinum | Tulip, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909990998814 |
| 382 | Atorvastatinum | Tulip, tabl. powl., 10 mg | 60 szt. | 05909990998821 |
| 383 | Atorvastatinum | Tulip, tabl. powl., 10 mg | 90 szt. | 05909990998838 |
| 384 | Atorvastatinum | Tulip, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909990998913 |
| 385 | Atorvastatinum | Tulip, tabl. powl., 20 mg | 60 szt. | 05909990998920 |
| 386 | Atorvastatinum | Tulip, tabl. powl., 20 mg | 90 szt. | 05909990998937 |
| 387 | Atorvastatinum calcicum trihydricum | Apo-Atorva, tabl. powl., 30 mg | 30 szt. | 05909991403911 |
| 388 | Atorvastatinum calcicum trihydricum | Apo-Atorva, tabl. powl., 30 mg | 60 szt. | 05909991403935 |
| 389 | Atorvastatinum calcicum trihydricum | Apo-Atorva, tabl. powl., 60 mg | 30 szt. | 05909991403997 |
| 390 | Atropini sulfas | Atropinum sulfuricum WZF 1%, krople do oczu, roztwór, 10 mg/ml | 5 ml | 05909990243112 |
| 391 | Azathioprinum | Azathioprine VIS, tabl., 50 mg | 50 szt. | 05909990232819 |
| 392 | Azathioprinum | Azathioprine VIS, tabl., 50 mg | 30 szt. | 05909990232826 |
| 393 | Azathioprinum | Imuran, tabl. powl., 50 mg | 100 szt. | 05909990277810 |
| 394 | Azithromycinum | Azibiot, tabl. powl., 500 mg | 3 szt. | 05909991054816 |
| 395 | Azithromycinum | Azimycin, tabl. powl., 250 mg | 6 szt. | 05909991034412 |
| 396 | Azithromycinum | Azimycin, tabl. powl., 500 mg | 3 szt. | 05909991035518 |
| 397 | Azithromycinum | Azithromycin Genoptim, tabl. powl., 500 mg | 3 szt. | 05909990969876 |
| 398 | Azithromycinum | AzitroLEK 250, tabl. powl., 250 mg | 6 szt. | 05909990573738 |
| 399 | Azithromycinum | AzitroLEK 250, tabl. powl., 250 mg | 6 szt. | 05909997214023 |
| 400 | Azithromycinum | AzitroLEK 250, tabl. powl., 250 mg | 6 szt. | 05909997223537 |
| 401 | Azithromycinum | AzitroLEK 500, tabl. powl., 500 mg | 3 szt. | 05909990573752 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 402 | Azithromycinum | AzitroLEK 500, tabl. powl., 500 mg | 3 szt. | 05909997214030 |
| 403 | Azithromycinum | AzitroLEK 500, tabl. powl., 500 mg | 3 szt. | 05909997223551 |
| 404 | Azithromycinum | AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/5 ml | 1 but.po 20 ml | 05909990635320 |
| 405 | Azithromycinum | AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml | 1 but.po 37,5 ml | 05907626702682 |
| 406 | Azithromycinum | AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml | 1 but.po 20 ml | 05909990635337 |
| 407 | Azithromycinum | AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml | 1 but.po 30 ml | 05909990635344 |
| 408 | Azithromycinum | Azitrox 500, tabl. powl., 500 mg | 3 szt. | 05909991087319 |
| 409 | Azithromycinum | Azycyna, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml | 20 ml | 05909990073566 |
| 410 | Azithromycinum | Azycyna, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml | 30 ml | 05909990073573 |
| 411 | Azithromycinum | Azycyna, tabl. powl., 250 mg | 6 szt. | 05909991098421 |
| 412 | Azithromycinum | Azycyna, tabl. powl., 500 mg | 3 szt. | 05909991098520 |
| 413 | Azithromycinum | Macromax, tabl. powl., 500 mg | 3 szt. | 05909990713608 |
| 414 | Azithromycinum | Sumamed forte, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml | 1 but.po 20 ml | 05909990742219 |
| 415 | Azithromycinum | Sumamed forte, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml | 1 but.po 30 ml | 05909990742226 |
| 416 | Azithromycinum | Sumamed, kaps. twarde, 250 mg | 6 szt. | 05909990742318 |
| 417 | Azithromycinum | Sumamed, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/5 ml | 1 but.po 20 ml | 05909990742110 |
| 418 | Azithromycinum | Sumamed, tabl. powl., 125 mg | 6 szt. | 05909990846214 |
| 419 | Azithromycinum | Sumamed, tabl. powl., 500 mg | 3 szt. | 05909990742417 |
| 420 | Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras | Formodual, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę | 1 poj.po 180 daw. | 05909990058747 |
| 421 | Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras + Glycopyrronium | Trimbow, aerozol inh., roztwór, 87+5+9 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj. a 180 daw. | 08025153008156 |
| 422 | Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus | Airiam, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę | 1 poj.po 120 daw. | 05909991503505 |
| 423 | Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus | Formodual, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę | 1 poj.po 180 daw. | 08025153006800 |
| 424 | Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus | Fostex, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę | poj.po 180 daw. | 05909990054152 |
| 425 | Beclometasoni dipropionas anhydricus + Formoteroli fumaras dihydricus | Fostex Nexthaler, proszek do inhalacji, podzielony, 100+6 µg/dawkę | 1 inh.po 180 daw. | 08025153003144 |
| 426 | Beclometasoni dipropionas anhydricus + Formoteroli fumaras dihydricus | Fostex Nexthaler, proszek do inhalacji, podzielony, 100+6 µg/dawkę | 2 inh.po 180 daw. | 08025153003205 |
| 427 | Beclometasoni dipropionas anhydricus + Formoteroli fumaras dihydricus | Fostex, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę | 1 poj.po 180 daw. | 05909991245696 |
| 428 | Benazeprili hydrochloridum | Lotensin, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990118915 |
| 429 | Benazeprili hydrochloridum | Lotensin, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. | 05909990119011 |
| 430 | Benazeprili hydrochloridum | Lotensin, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909990118816 |
| 431 | Benzathini phenoxymethylpenicillinum | Ospen 750, zawiesina doustna, 750000 j.m./5 ml | 60 ml | 05909990363216 |
| 432 | Betamethasoni dipropionas + Acidum salicylicum | Salbetan, roztwór na skórę, 0,64 + 20 mg/g | 1 butelka 50 ml | 05909991254988 |
| 433 | Betamethasoni dipropionas + Acidum salicylicum | Salbetan, roztwór na skórę, 0,64 + 20 mg/g | 1 butelka 100 ml | 05909991254995 |
| 434 | Betamethasoni dipropionas + Betamethasoni natrii phosphas | Diprophos, zawiesina do wstrzykiwań, 6,43+2,63 mg/ml | 5 amp.po 1 ml | 05909990121625 |
| 435 | Betamethasonum + Acidum salicylicum | Belosalic, płyn na skórę, (0,5 + 20) mg/g | 1 butelka 100 ml | 05909991187682 |
| 436 | Betaxololum | Betoptic S, krople do oczu, zawiesina, 2,5 mg/ml | 5 ml | 05909990186518 |
| 437 | Betaxololum | Betoptic S, krople do oczu, zawiesina, 2,5 mg/ml | 10 ml | 05909990186525 |
| 438 | Bimatoprostum | Bimican, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml | 1 but.po 3 ml | 05909991097066 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 439 | Bimatoprostum | Bimican, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml | 3 but.po 3 ml | 05909991097073 |
| 440 | Bimatoprostum | Bimifree, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml | 1 but.po 3 ml | 05909991335663 |
| 441 | Bimatoprostum | Bimifree, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml | 3 but.po 3 ml | 05909991335670 |
| 442 | Bimatoprostum | Lumigan, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml | 1 but.po 3 ml | 05909990008469 |
| 443 | Bimatoprostum | Vizibim, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml | 1 butelka po 3 ml | 05909991310769 |
| 444 | Bimatoprostum | Vizibim, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml | 3 butelki po 3 ml | 05909991310776 |
| 445 | Bimatoprostum + Timololum | Bimaroz Duo, krople do oczu, 0,3+5 mg/ml | 1 but.po 3 ml | 05909991376772 |
| 446 | Bimatoprostum + Timololum | Bimaroz Duo, krople do oczu, 0,3+5 mg/ml | 3 but.po 3 ml | 05909991376789 |
| 447 | Bimatoprostum + Timololum | Bimifree Combi, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml | 1 but.po 3 ml | 05909991422356 |
| 448 | Bimatoprostum + Timololum | Bimifree Combi, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml | 3 but.po 3 ml | 05909991422363 |
| 449 | Bimatoprostum + Timololum | Ganfort, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml | 1 but.po 3 ml | 05909990574315 |
| 450 | Biperideni hydrochloridum | Akineton SR 4 mg, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg | 30 szt. | 05909990884216 |
| 451 | Biperideni hydrochloridum | Akineton, tabl., 2 mg | 50 szt. | 05909990193219 |
| 452 | Biperideni hydrochloridum | Akineton, tabl., 2 mg | 50 szt. | 05909991447311 |
| 453 | Bisoprolol fumarate | Corectin 10, tabl. powl., 10 mg | 60 szt. | 05909991066529 |
| 454 | Bisoprolol fumarate | Corectin 5, tabl. powl., 5 mg | 60 szt. | 05909991066420 |
| 455 | Bisoprololi fumaras | Bicardef 10 mg, tabl. powl., 10 mg | 60 szt. | 05909991197049 |
| 456 | Bisoprololi fumaras | Bicardef 10 mg, tabl. powl., 10 mg | 90 szt. | 05909991197056 |
| 457 | Bisoprololi fumaras | Bicardef 5 mg, tabl. powl., 5 mg | 90 szt. | 05909991197063 |
| 458 | Bisoprololi fumaras | Bicardef 5 mg, tabl. powl., 5 mg | 60 szt. | 05909991197070 |
| 459 | Bisoprololi fumaras | Bisoprolol VP, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991152017 |
| 460 | Bisoprololi fumaras | Bisoprolol VP, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909991151911 |
| 461 | Bisoprololi fumaras | Bisoratio 10, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991015114 |
| 462 | Bisoprololi fumaras | Bisoratio 5, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909991015015 |
| 463 | Bisoprololi fumaras | Coronal 10, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909990633852 |
| 464 | Bisoprololi fumaras | Coronal 10, tabl. powl., 10 mg | 60 szt. | 05909990633869 |
| 465 | Bisoprololi fumaras | Coronal 5, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909990633791 |
| 466 | Bisoprololi fumaras | Coronal 5, tabl. powl., 5 mg | 60 szt. | 05909990633807 |
| 467 | Bisoprololi fumaras | Corsib, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991499501 |
| 468 | Bisoprololi fumaras | Corsib, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909991499600 |
| 469 | Bisoprololi fumaras | Sobycor, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909991097523 |
| 470 | Bisoprololi fumaras | Sobycor, tabl. powl., 10 mg | 60 szt. | 05909991097554 |
| 471 | Bisoprololi fumaras | Sobycor, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909991097400 |
| 472 | Bisoprololi fumaras | Sobycor, tabl. powl., 5 mg | 60 szt. | 05909991097448 |
| 473 | Brimonidini tartras | Alphagan, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml | 5 ml | 05909990865024 |
| 474 | Brimonidini tartras | Biprolast, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml | 3 but.po 5 ml | 05906414000900 |
| 475 | Brimonidini tartras | Biprolast, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909990874194 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 476 | Brimonidini tartras | Briglau Free, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml | 1 butelka po 5 ml | 05909991379483 |
| 477 | Brimonidini tartras | Briglau Free, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml | 3 butelki po 5 ml | 05909991379490 |
| 478 | Brimonidini tartras | Briglau PPH, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml | 5 ml (but.) | 05909990974641 |
| 479 | Brimonidini tartras + Timololum | Combigan, krople do oczu, roztwór, 2+5 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909990570546 |
| 480 | Brinzolamidum | Azopt, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909990869114 |
| 481 | Brinzolamidum | Brinzolamide Genoptim, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909991250386 |
| 482 | Brinzolamidum | Optilamid, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909991223571 |
| 483 | Brinzolamidum | Optilamid, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml | 3 butelki po 5 ml | 05909991223588 |
| 484 | Brivaracetamum | Briviact, roztwór doustny, 10 mg/ml | 300 ml | 05909991272234 |
| 485 | Brivaracetamum | Briviact, tabl. powl., 50 mg | 56 szt. | 05909991272333 |
| 486 | Bromocriptinum | Bromocorn, tabl., 2,5 mg | 30 szt. | 05909990211913 |
| 487 | Budesonidum | BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml | 20 amp.po 2 ml | 05909991306144 |
| 488 | Budesonidum | BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml | 20 amp.po 2 ml | 05909991306151 |
| 489 | Budesonidum | Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml | 20 amp.po 2 ml | 05909991283629 |
| 490 | Budesonidum | Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml | 20 amp.po 2 ml | 05909991283650 |
| 491 | Budesonidum | Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml | 20 amp.po 2 ml | 05909991283698 |
| 492 | Budesonidum | Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę | 1 inh.po 200 daw. (zestaw startowy) | 05909990337354 |
| 493 | Budesonidum | Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę | 1 inh.po 200 daw. (zestaw startowy) | 05909990337323 |
| 494 | Budesonidum | Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 400 µg/dawkę | 1 inh.po 100 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy) | 05909990337286 |
| 495 | Budesonidum | Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inh. | 120 szt. | 05909991223793 |
| 496 | Budesonidum | Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inhalacyjną | 60 kaps. | 05909991204082 |
| 497 | Budesonidum | Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inh. | 120 szt. | 05909991223809 |
| 498 | Budesonidum | Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inhalacyjną | 60 kaps. | 05909991203986 |
| 499 | Budesonidum | Budiair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną | 1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. | 05909990335169 |
| 500 | Budesonidum | Budiair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną | 1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. z komorą inhalacyjną Jet | 05909990335176 |
| 501 | Budesonidum | Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml | 20 poj. 2 ml | 05906414002522 |
| 502 | Budesonidum | Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml | 20 poj. 2 ml | 05906414002539 |
| 503 | Budesonidum | CortimentMMX, tabl. o przedł. uwalnianiu, 9 mg | 30 szt. | 05909991205966 |
| 504 | Budesonidum | Entocort, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 3 mg | 100 szt. | 05909990430314 |
| 505 | Budesonidum | Jorveza, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg | 90 szt. | 04032717994439 |
| 506 | Budesonidum | Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/2 ml | 20 szt. | 05909991107925 |
| 507 | Budesonidum | Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml | 20 amp. po 2 ml | 05909991005696 |
| 508 | Budesonidum | Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml | 20 amp. po 2 ml | 05909991005733 |
| 509 | Budesonidum | Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 200 daw. | 05909990677313 |
| 510 | Budesonidum | Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 100 daw. | 05909990677412 |
| 511 | Budesonidum | Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml | 20 poj.po 2 ml | 05909990445615 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 512 | Budesonidum | Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml | 20 poj.po 2 ml | 05909990445714 |
| 513 | Budesonidum | Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml | 20 poj.po 2 ml | 05909990445813 |
| 514 | Budesonidum | Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml | 20 poj.po 2 ml | 05909991233099 |
| 515 | Budesonidum | Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml | 20 poj.po 2 ml | 05909991269784 |
| 516 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh. po 60 dawek | 07613421020866 |
| 517 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh.po 60 daw. | 07613421047047 |
| 518 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną | 2 inh. po 60 dawek | 05907626709476 |
| 519 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh.po 120 daw. | 05909991137458 |
| 520 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh.po 60 daw. | 05909991137625 |
| 521 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg | 1 inhalator (120 dawek) | 05909991136932 |
| 522 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 320+9 µg | 1 inhalator (60 dawek) | 05909991136963 |
| 523 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę | 1 inh.po 60 daw. | 05903060620971 |
| 524 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę | 2 inh.po 60 daw. | 05903060620988 |
| 525 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 320+9 µg/dawkę | 1 inh.po 60 daw. | 05903060620995 |
| 526 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh. po 120 daw. | 05909990873074 |
| 527 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh.po 60 daw. | 05909990873241 |
| 528 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 80+4,5 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh.po 60 daw. | 05909990872886 |
| 529 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Symbicort, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh. po 120 daw. | 05000456011648 |
| 530 | Buprenorphinum | Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0,2 mg | 60 szt. | 05909991235635 |
| 531 | Buprenorphinum | Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0,4 mg | 30 szt. | 05909991235642 |
| 532 | Buprenorphinum | Melodyn 35 µg/h, system transdermalny, 20 mg | 5 szt. | 05909990938056 |
| 533 | Buprenorphinum | Melodyn 52,5 µg/h, system transdermalny, 30 mg | 5 szt. | 05909990938087 |
| 534 | Buprenorphinum | Melodyn 70 µg/h, system transdermalny, 40 mg | 5 szt. | 05909990938131 |
| 535 | Buprenorphinum | Transtec 35 µg/h, system transdermalny, 20 mg | 5 szt. (5 sasz.po 1 szt.) | 05909990966127 |
| 536 | Buprenorphinum | Transtec 52,5 µg/h, system transdermalny, 30 mg | 5 szt. (5 sasz.po 1 szt.) | 05909990966226 |
| 537 | Buprenorphinum | Transtec 70 µg/h, system transdermalny, 40 mg | 5 szt. (5 sasz.po 1 szt.) | 05909990966325 |
| 538 | Buspironi hydrochloridum | Spamilan, tabl., 10 mg | 60 szt. | 05909990073603 |
| 539 | Buspironi hydrochloridum | Spamilan, tabl., 10 mg | 60 szt. | 05909997201450 |
| 540 | Buspironi hydrochloridum | Spamilan, tabl., 10 mg | 60 szt. | 05909997213538 |
| 541 | Buspironi hydrochloridum | Spamilan, tabl., 5 mg | 60 szt. | 05909990073597 |
| 542 | Busulfanum | Myleran, tabl. powl., 2 mg | 25 szt. | 05909990277919 |
| 543 | Calcipotriolum + Betamethasonum | Betacal, żel, (50 µg+0,5 mg)/g | 1 but.po 30 g | 05901549565249 |
| 544 | Calcipotriolum + Betamethasonum | Betacal, żel, (50 µg+0,5 mg)/g | 1 but.po 60 g | 05901549565256 |
| 545 | Calcipotriolum + Betamethasonum | Daivobet, maść, (50 µg+0,5 mg)/g | 1 tuba po 30 g | 05909990979738 |
| 546 | Calcipotriolum + Betamethasonum | Daivobet, żel, (50 µg+0,5 mg)/g | 1 but.po 30 g | 05909990948376 |
| 547 | Calcipotriolum + Betamethasonum | Daivobet, żel, (50 µg+0,5 mg)/g | 1 but.po 60 g | 05909990948383 |
| 548 | Calcipotriolum + Betamethasonum | Duosone, żel, (50 µg+0,5 mg)/g | 1 tuba po 30 g | 03830070472080 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 549 | Calcipotriolum + Betamethasonum | Duosone, żel, (50 µg+0,5 mg)/g | 1 tuba po 60 g | 03830070472097 |
| 550 | Calcipotriolum + Betamethasonum | Enstilar, piana na skórę, (50 µg+0,5 mg)/g | 60 g | 05909991283599 |
| 551 | Calcipotriolum + Betamethasonum | Psotriol, maść, (50 µg+0,5 mg)/g | 1 tuba po 60 g | 05909991409999 |
| 552 | Calcipotriolum + Betamethasonum | Psotriol, żel, (50 µg+0,5 mg)/g | 1 but.po 60 g | 05909991441029 |
| 553 | Calcitriolum | Detriol, kaps. miękkie, 0,25 µg | 90 szt. | 05907464420816 |
| 554 | Calcitriolum | Detriol, kaps. miękkie, 0,5 µg | 90 szt. | 05907464420823 |
| 555 | Canagliflozinum | Invokana, tabl. powl., 100 mg | 30 szt. | 05909991096106 |
| 556 | Candesartanum cilexetili | Candepres, tabl., 16 mg | 28 szt. | 05909991433109 |
| 557 | Candesartanum cilexetili | Candepres, tabl., 32 mg | 30 szt. | 05909991453398 |
| 558 | Candesartanum cilexetili | Candepres, tabl., 32 mg | 28 szt. | 05909991466602 |
| 559 | Candesartanum cilexetili | Candepres, tabl., 32 mg | 30 szt. | 05909991499655 |
| 560 | Candesartanum cilexetili | Carzap, tabl., 16 mg | 28 szt. | 05909990937172 |
| 561 | Candesartanum cilexetili | Carzap, tabl., 16 mg | 56 szt. | 05909990937196 |
| 562 | Candesartanum cilexetili | Carzap, tabl., 16 mg | 28 szt. | 05909991453329 |
| 563 | Candesartanum cilexetili | Carzap, tabl., 16 mg | 56 szt. | 05909991453336 |
| 564 | Candesartanum cilexetili | Carzap, tabl., 16 mg | 28 szt. | 05909991454883 |
| 565 | Candesartanum cilexetili | Carzap, tabl., 16 mg | 56 szt. | 05909991454890 |
| 566 | Candesartanum cilexetili | Carzap, tabl., 16 mg | 28 szt. | 05909991455057 |
| 567 | Candesartanum cilexetili | Carzap, tabl., 16 mg | 56 szt. | 05909991455064 |
| 568 | Candesartanum cilexetili | Carzap, tabl., 16 mg | 30 szt. | 05909991496456 |
| 569 | Candesartanum cilexetili | Carzap, tabl., 16 mg | 60 szt. | 05909991496463 |
| 570 | Candesartanum cilexetili | Carzap, tabl., 32 mg | 28 szt. | 05909990937264 |
| 571 | Candesartanum cilexetili | Carzap, tabl., 32 mg | 30 szt. | 05909991448912 |
| 572 | Candesartanum cilexetili | Carzap, tabl., 32 mg | 28 szt. | 05909991453367 |
| 573 | Candesartanum cilexetili | Carzap, tabl., 32 mg | 28 szt. | 05909991454777 |
| 574 | Candesartanum cilexetili | Carzap, tabl., 32 mg | 28 szt. | 05909991455118 |
| 575 | Candesartanum cilexetili | Carzap, tabl., 8 mg | 28 szt. | 05909990937080 |
| 576 | Candesartanum cilexetili | Carzap, tabl., 8 mg | 56 szt. | 05909990937103 |
| 577 | Candesartanum cilexetili | Carzap, tabletki, 32 mg | 30 szt. | 05909991438876 |
| 578 | Candesartanum cilexetili | Kandesar, tabl., 16 mg | 28 szt. | 05909990962945 |
| 579 | Candesartanum cilexetili | Kandesar, tabl., 8 mg | 28 szt. | 05909990962839 |
| 580 | Candesartanum cilexetili | Karbis, tabl., 16 mg | 28 szt. | 05909990772193 |
| 581 | Candesartanum cilexetili | Karbis, tabl., 16 mg | 30 szt. | 05909991475680 |
| 582 | Candesartanum cilexetili | Karbis, tabl., 16 mg | 60 szt. | 05909991475697 |
| 583 | Candesartanum cilexetili | Karbis, tabl., 32 mg | 30 szt. | 05909991475505 |
| 584 | Candesartanum cilexetili | Karbis, tabl., 32 mg | 30 szt. | 05909991475758 |
| 585 | Candesartanum cilexetili | Karbis, tabl., 8 mg | 28 szt. | 05909990772162 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 586 | Candesartanum cilexetili | Karbis, tabl., 8 mg | 30 szt. | 05909991475666 |
| 587 | Candesartanum cilexetili | Karbis, tabl., 8 mg | 60 szt. | 05909991475673 |
| 588 | Candesartanum cilexetili | Ranacand, tabl., 16 mg | 28 szt. | 05909990801350 |
| 589 | Candesartanum cilexetili | Ranacand, tabl., 8 mg | 28 szt. | 05909990801367 |
| 590 | Candesartanum cilexetili + Amlodipinum | Camlocor, tabl., 16 + 10 mg | 28 szt. | 03838989720544 |
| 591 | Candesartanum cilexetili + Amlodipinum | Camlocor, tabl., 16 + 5 mg | 28 szt. | 05909991367732 |
| 592 | Candesartanum cilexetili + Amlodipinum | Camlocor, tabl., 8 + 5 mg | 28 szt. | 05909991367510 |
| 593 | Candesartanum cilexetili + Amlodipinum | Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 10 mg | 30 szt. | 05906414002140 |
| 594 | Candesartanum cilexetili + Amlodipinum | Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 10 mg | 90 szt. | 05906414002171 |
| 595 | Candesartanum cilexetili + Amlodipinum | Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 5 mg | 30 szt. | 05906414002089 |
| 596 | Candesartanum cilexetili + Amlodipinum | Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 5 mg | 90 szt. | 05906414002119 |
| 597 | Candesartanum cilexetili + Amlodipinum | Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 10 mg | 30 szt. | 05906414002027 |
| 598 | Candesartanum cilexetili + Amlodipinum | Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 10 mg | 90 szt. | 05906414002058 |
| 599 | Candesartanum cilexetili + Amlodipinum | Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 5 mg | 30 szt. | 05906414001969 |
| 600 | Candesartanum cilexetili + Amlodipinum | Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 5 mg | 90 szt. | 05906414001990 |
| 601 | Candesartanum cilexetili + Amlodipinum | Caramlo, tabl., 16 + 10 mg | 28 szt. | 05909991191832 |
| 602 | Candesartanum cilexetili + Amlodipinum | Caramlo, tabl., 16 + 5 mg | 28 szt. | 05909991418076 |
| 603 | Candesartanum cilexetili + Amlodipinum | Caramlo, tabl., 8 + 5 mg | 28 szt. | 05909991191764 |
| 604 | Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum | Candepres HCT, tabl., 16+12,5 mg | 30 szt. | 05909991450014 |
| 605 | Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum | Candepres HCT, tabl., 32+12,5 mg | 30 szt. | 05909991506391 |
| 606 | Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum | Candepres HCT, tabl., 32+25 mg | 30 szt. | 05909991506445 |
| 607 | Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum | Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg | 28 szt. | 05909990957255 |
| 608 | Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum | Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg | 56 szt. | 05909990957279 |
| 609 | Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum | Carzap HCT, tabl., 8+12,5 mg | 28 szt. | 05909990957170 |
| 610 | Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum | Carzap HCT, tabl., 8+12,5 mg | 56 szt. | 05909990957194 |
| 611 | Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg | 28 szt. | 05909991432300 |
| 612 | Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, tabl., 32+12,5 mg | 28 szt. | 05909991432324 |
| 613 | Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, tabl., 32+12,5 mg | 30 szt. | 05909991436667 |
| 614 | Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, tabl., 32+12,5 mg | 28 szt. | 05909991464011 |
| 615 | Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, tabl., 32+25 mg | 30 szt. | 05909991428112 |
| 616 | Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, tabl., 32+25 mg | 30 szt. | 05909991434977 |
| 617 | Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, tabl., 32+25 mg | 28 szt. | 05909991463908 |
| 618 | Candesartanum cilexetilum | Candepres, tabl., 16 mg | 28 szt. | 05909990739653 |
| 619 | Candesartanum cilexetilum | Candepres, tabl., 32 mg | 28 szt. | 05909990739707 |
| 620 | Candesartanum cilexetilum | Candepres, tabl., 8 mg | 28 szt. | 05909990739592 |
| 621 | Candesartanum cilexetilum | Karbis, tabl., 16 mg | 56 tabl. | 05909990772209 |
| 622 | Candesartanum cilexetilum | Karbis, tabl., 32 mg | 28 tabl. | 05909990772230 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 623 | Candesartanum cilexetilum | Karbis, tabl., 8 mg | 56 tabl. | 05909990772179 |
| 624 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Candepres HCT, tabl., 16+12,5 mg | 28 szt. | 05909990800629 |
| 625 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Candepres HCT, tabl., 32+12,5 mg | 28 szt. | 05909991063702 |
| 626 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Candepres HCT, tabl., 32+25 mg | 28 szt. | 05909991064051 |
| 627 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Candepres HCT, tabl., 8+12,5 mg | 28 szt. | 05909990800360 |
| 628 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg | 28 szt. | 05909991415907 |
| 629 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Carzap HCT, tabletki, 32+12,5 mg | 28 szt. | 05909991057596 |
| 630 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Carzap HCT, tabletki, 32+25 mg | 28 szt. | 05909991058609 |
| 631 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, tabl. powl., 16+12,5 mg | 56 szt. | 05909990865185 |
| 632 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, tabl. powl., 32+12,5 mg | 28 szt. | 05909990865222 |
| 633 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, tabl. powl., 32+25 mg | 28 szt. | 05909990865260 |
| 634 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, tabl. powl., 8+12,5 mg | 56 szt. | 05909990865147 |
| 635 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg | 28 szt. | 05909990865178 |
| 636 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg | 84 szt. | 05909991136840 |
| 637 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, tabl., 8+12,5 mg | 28 szt. | 05909990865130 |
| 638 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, tabl., 8+12,5 mg | 84 szt. | 05909991136833 |
| 639 | Carbamazepinum | Amizepin, tabl., 200 mg | 50 szt. | 05909990043910 |
| 640 | Carbamazepinum | Finlepsin 200 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 50 szt. | 05909991030315 |
| 641 | Carbamazepinum | Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg | 30 szt. | 05909991014216 |
| 642 | Carbamazepinum | Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg | 50 szt. | 05909991014223 |
| 643 | Carbamazepinum | Finlepsin, tabl., 200 mg | 50 szt. | 05909991014117 |
| 644 | Carbamazepinum | Neurotop retard 300, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg | 50 szt. | 05909990244515 |
| 645 | Carbamazepinum | Neurotop retard 600, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 600 mg | 50 szt. | 05909990244614 |
| 646 | Carbamazepinum | Tegretol CR 200, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg | 50 szt. | 05909990120215 |
| 647 | Carbamazepinum | Tegretol CR 400, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 400 mg | 30 szt. | 05909990120116 |
| 648 | Carbamazepinum | Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml | 100 ml | 05909990341917 |
| 649 | Carbamazepinum | Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml | 250 ml | 05909990341924 |
| 650 | Cariprazinum | Reagila, kaps. twarde, 1,5 mg | 28 szt. | 05909991337056 |
| 651 | Cariprazinum | Reagila, kaps. twarde, 3 mg | 28 szt. | 05909991337155 |
| 652 | Cariprazinum | Reagila, kaps. twarde, 4,5 mg | 28 szt. | 05909991337230 |
| 653 | Carvedilolum | Atram 12,5, tabl., 12,5 mg | 30 szt. | 05909990570430 |
| 654 | Carvedilolum | Atram 25, tabl., 25 mg | 30 szt. | 05909990570409 |
| 655 | Carvedilolum | Atram 6,25, tabl., 6,25 mg | 30 szt. | 05909990570454 |
| 656 | Carvedilolum | Avedol, tabl. powl., 12,5 mg | 30 szt. | 05909990074099 |
| 657 | Carvedilolum | Avedol, tabl. powl., 25 mg | 30 szt. | 05909990074129 |
| 658 | Carvedilolum | Avedol, tabl. powl., 6,25 mg | 30 szt. | 05909990074051 |
| 659 | Carvedilolum | Carvedilol-ratiopharm, tabl., 12,5 mg | 30 szt. | 05909990727148 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 660 | Carvedilolum | Carvedilol-ratiopharm, tabl., 25 mg | 30 szt. | 05909990727193 |
| 661 | Carvedilolum | Carvedilol-ratiopharm, tabl., 6,25 mg | 30 szt. | 05909990727100 |
| 662 | Carvedilolum | Carvetrend, tabl., 12,5 mg | 30 szt. | 05909991017019 |
| 663 | Carvedilolum | Carvetrend, tabl., 25 mg | 30 szt. | 05909991017118 |
| 664 | Carvedilolum | Carvetrend, tabl., 3,125 mg | 30 szt. | 05909991016814 |
| 665 | Carvedilolum | Carvetrend, tabl., 6,25 mg | 30 szt. | 05909991016913 |
| 666 | Carvedilolum | Coryol 12,5 mg, tabl., 12,5 mg | 30 szt. | 05909990216505 |
| 667 | Carvedilolum | Coryol 25 mg, tabl., 25 mg | 30 szt. | 05909990216567 |
| 668 | Carvedilolum | Coryol 3,125 mg, tabl., 3,125 mg | 30 szt. | 05909990216604 |
| 669 | Carvedilolum | Coryol, tabl., 6,25 mg | 30 szt. | 05909990983315 |
| 670 | Carvedilolum | Vivacor, tabl., 12,5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990687909 |
| 671 | Carvedilolum | Vivacor, tabl., 12,5 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990687930 |
| 672 | Carvedilolum | Vivacor, tabl., 25 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990687862 |
| 673 | Carvedilolum | Vivacor, tabl., 25 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990687879 |
| 674 | Carvedilolum | Vivacor, tabl., 6,25 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990687886 |
| 675 | Carvedilolum | Vivacor, tabl., 6,25 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990687893 |
| 676 | Cefaclorum | Ceclor MR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 375 mg | 10 szt. | 05909990676514 |
| 677 | Cefaclorum | Ceclor MR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg | 10 szt. | 05909990676613 |
| 678 | Cefaclorum | Ceclor MR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg | 14 szt. | 05909990676620 |
| 679 | Cefaclorum | Ceclor MR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg | 10 szt. | 05909990676712 |
| 680 | Cefaclorum | Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml | 1 but.po 47,60 g/75 ml zawiesiny | 05909990137411 |
| 681 | Cefaclorum | Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml | 1 but.po 63,47 g/100 ml zawiesiny | 05909990137428 |
| 682 | Cefaclorum | Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml | 1 but.po 47,60 g/75 ml zawiesiny | 05909990137510 |
| 683 | Cefaclorum | Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml | 1 but.po 63,47 g/100 ml zawiesiny | 05909990137527 |
| 684 | Cefaclorum | Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 375 mg/5 ml | 1 but.po 47,60 g/75 ml zawiesiny | 05909990775910 |
| 685 | Cefaclorum | Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 375 mg/5 ml | 1 but.po 63,47 g/100 ml zawiesiny | 05909990775927 |
| 686 | Cefuroximum | Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 mg | 26 ml | 05909990059515 |
| 687 | Cefuroximum | Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 250 mg | 17 ml | 05909990806812 |
| 688 | Cefuroximum | Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 500 mg | 17 ml | 05909990806911 |
| 689 | Cefuroximum | Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 750 mg | 17 ml | 05909990059416 |
| 690 | Cefuroximum | Bioracef, tabl. powl., 250 mg | 10 szt. | 05909990063840 |
| 691 | Cefuroximum | Bioracef, tabl. powl., 250 mg | 14 szt. | 05909990063857 |
| 692 | Cefuroximum | Bioracef, tabl. powl., 500 mg | 10 szt. | 05909990063697 |
| 693 | Cefuroximum | Bioracef, tabl. powl., 500 mg | 14 szt. | 05909990063703 |
| 694 | Cefuroximum | Cefox, tabl. powl., 250 mg | 10 szt. | 05909991255145 |
| 695 | Cefuroximum | Cefox, tabl. powl., 250 mg | 14 szt. | 05909991255152 |
| 696 | Cefuroximum | Cefox, tabl. powl., 500 mg | 10 szt. | 05909991255183 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 697 | Cefuroximum | Cefox, tabl. powl., 500 mg | 14 szt. | 05909991255190 |
| 698 | Cefuroximum | Cefuroxime Axetil Aurovitas, tabl. powl., 500 mg | 10 szt. | 05909991312831 |
| 699 | Cefuroximum | Cefuroxime Axetil Aurovitas, tabl. powl., 500 mg | 14 szt. | 05909991312855 |
| 700 | Cefuroximum | Cefuroxime Genoptim, tabl. powl., 500 mg | 10 szt. | 05909991353483 |
| 701 | Cefuroximum | Cefuroxime Genoptim, tabl. powl., 500 mg | 14 szt. | 05909991353490 |
| 702 | Cefuroximum | Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml | 1 but.po 50 ml | 05909991009212 |
| 703 | Cefuroximum | Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml | 1 but.po 100 ml | 05909991009229 |
| 704 | Cefuroximum | Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml | 1 but.po 50 ml | 05909991009113 |
| 705 | Cefuroximum | Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml | 1 but.po 100 ml | 05909991009120 |
| 706 | Cefuroximum | Ceroxim, tabl. powl., 250 mg | 10 szt. | 05909991263331 |
| 707 | Cefuroximum | Ceroxim, tabl. powl., 250 mg | 14 szt. | 05909991263355 |
| 708 | Cefuroximum | Ceroxim, tabl. powl., 250 mg | 20 szt. | 05909991263362 |
| 709 | Cefuroximum | Ceroxim, tabl. powl., 500 mg | 20 szt. | 05909991263416 |
| 710 | Cefuroximum | Ceroxim, tabletki powlekane, 500 mg | 10 tabl. | 05909991263386 |
| 711 | Cefuroximum | Ceroxim, tabletki powlekane, 500 mg | 14 tabl. | 05909991263409 |
| 712 | Cefuroximum | Furocef, tabl. powl., 500 mg | 10 szt. | 05909991231194 |
| 713 | Cefuroximum | Furocef, tabl. powl., 500 mg | 14 szt. | 05909991231217 |
| 714 | Cefuroximum | Xorimax 250, tabl. drażowane, 250 mg | 14 szt. | 05907626701753 |
| 715 | Cefuroximum | Xorimax 250, tabl. drażowane, 250 mg | 10 szt. | 05909990224951 |
| 716 | Cefuroximum | Xorimax 500, tabl. drażowane, 500 mg | 14 szt. | 05907626701760 |
| 717 | Cefuroximum | Xorimax 500, tabl. drażowane, 500 mg | 10 szt. | 05909990224456 |
| 718 | Cefuroximum | Xorimax 500, tabl. powl., 500 mg | 10 szt. | 05909991265328 |
| 719 | Cefuroximum | Zamur 250, tabl. powl., 250 mg | 10 szt. | 05909990216383 |
| 720 | Cefuroximum | Zamur 250, tabl. powl., 250 mg | 14 szt. | 05909991067946 |
| 721 | Cefuroximum | Zamur 500, tabl. powl., 500 mg | 10 szt. | 05909990216390 |
| 722 | Cefuroximum | Zamur 500, tabl. powl., 500 mg | 14 szt. | 05909991067953 |
| 723 | Cefuroximum | Zamur 500, tabl. powl., 500 mg | 8 szt. | 05909991471620 |
| 724 | Cefuroximum | Zamur 500, tabl. powl., 500 mg | 16 szt. | 05909991471637 |
| 725 | Cefuroximum | Zinnat, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml | 1 but.po 50 ml | 05909990051335 |
| 726 | Cefuroximum | Zinnat, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml | 1 but.po 100 ml | 05909990051342 |
| 727 | Cefuroximum | Zinnat, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml | 1 but.po 50 ml (39,98 g granulatu) | 05909990468812 |
| 728 | Cefuroximum | Zinnat, tabl. powl., 125 mg | 10 szt. | 05909990083213 |
| 729 | Cefuroximum | Zinnat, tabl. powl., 250 mg | 10 szt. | 05909990083312 |
| 730 | Cefuroximum | Zinnat, tabl. powl., 500 mg | 10 szt. | 05909990083411 |
| 731 | Cefuroximum | Zinnat, tabl. powl., 500 mg | 14 szt. | 05909990083435 |
| 732 | Cefuroximum | Zinnat, tabl. powl., 500 mg | 10 szt. | 05909991283575 |
| 733 | Cefuroximum | Zinnat, tabl. powl., 500 mg | 10 szt. | 05909991399290 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 734 | Cefuroximum | Zinnat, tabl. powl., 500 mg | 14 szt. | 05909991418212 |
| 735 | Cefuroximum | Zinnat, tabl. powl., 500 mg | 14 szt. | 05909991425203 |
| 736 | Cefuroximum | Zinnat, tabl. powl., 500 mg | 10 szt. | 05909991433093 |
| 737 | Cefuroximum | Zinnat, tabl. powl., 500 mg | 10 szt. | 05909997196077 |
| 738 | Cefuroximum | Zinnat, tabl. powl., 500 mg | 10 szt. | 05909997200118 |
| 739 | Cefuroximum | Zinnat, tabl. powl., 500 mg | 10 szt. | 05909997210605 |
| 740 | Cefuroximum | Zinoxx, tabl. powl., 250 mg | 10 szt. | 05909991082932 |
| 741 | Cefuroximum | Zinoxx, tabl. powl., 500 mg | 10 szt. | 05909991082949 |
| 742 | Cefuroximum | Zinoxx, tabl. powl., 500 mg | 14 szt. | 05909991401641 |
| 743 | Cenobamate | Ontozry, tabl. powl., 100 mg | 28 szt. | 05909991458997 |
| 744 | Cenobamate | Ontozry, tabl. powl., 150 mg | 28 szt. | 05909991459062 |
| 745 | Cenobamate | Ontozry, tabl. powl., 200 mg | 28 szt. | 05909991459093 |
| 746 | Cenobamate | Ontozry, tabl. powl., 50 mg | 28 szt. | 05909991458966 |
| 747 | Cenobamate | Ontozry, tabl; tabl. powl., 12,5 mg; 25 mg | 28 szt. (14 tabl. powl. 25 mg + 14 tabl. 12,5 mg) | 05909991459161 |
| 748 | Cetirizine dihydrochloride | Amertil, tabl. powl., 10 mg | 20 szt. | 05909990410729 |
| 749 | Cetirizine dihydrochloride | Amertil, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909990410736 |
| 750 | Cetirizini dihydrochloridum | Alermed, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909990910793 |
| 751 | Cetirizini dihydrochloridum | Allertec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml | 1 butelka 10 ml | 05909991103811 |
| 752 | Cetirizini dihydrochloridum | Allertec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml | 1 butelka 20 ml | 05909991103835 |
| 753 | Cetirizini dihydrochloridum | Allertec, syrop, 5 mg/5 ml | 1 but.po 100 ml | 05909990851119 |
| 754 | Cetirizini dihydrochloridum | Allertec, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909990569441 |
| 755 | Cetirizini dihydrochloridum | Amertil, tabl. powl., 10 mg | 60 szt. | 05907695215250 |
| 756 | Cetirizini dihydrochloridum | Letizen, tabl. powl., 10 mg | 20 szt. | 05909990869725 |
| 757 | Cetirizini dihydrochloridum | Zyrtec, krople doustne, 10 mg/ml | 20 ml | 05909990184736 |
| 758 | Cetirizini dihydrochloridum | Zyrtec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml | 1 but. 20 ml | 05909991386672 |
| 759 | Cetirizini dihydrochloridum | Zyrtec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml | 1 but. 20 ml | 05909991457020 |
| 760 | Cetirizini dihydrochloridum | Zyrtec, roztwór doustny, 1 mg/ml | 1 but. po 75 ml | 05909990781515 |
| 761 | Cetirizinum | Zyrtec, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909990184637 |
| 762 | Chlorambucilum | Leukeran, tabl. powl., 2 mg | 25 szt. | 05909990345618 |
| 763 | Chloroquinum | Arechin, tabl., 250 mg | 30 szt. | 05909991139582 |
| 764 | Chlorprothixeni hydrochloridum | Chlorprothixen Hasco, tabl. powl., 15 mg | 50 szt. | 05909991474409 |
| 765 | Chlorprothixeni hydrochloridum | Chlorprothixen Hasco, tabl. powl., 50 mg | 50 szt. | 05909991474416 |
| 766 | Chlorprothixeni hydrochloridum | Chlorprothixen Zentiva, tabl. powl., 15 mg | 50 szt. | 05909990203017 |
| 767 | Chlorprothixeni hydrochloridum | Chlorprothixen Zentiva, tabl. powl., 50 mg | 50 szt. | 05909990203116 |
| 768 | Ciclesonidum | Alvesco 160, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160 µg | 1 poj. 120 daw. | 05909990212064 |
| 769 | Ciclesonidum | Alvesco 80, aerozol inhalacyjny, roztwór, 80 µg | 1 poj. 120 daw. | 05909990212057 |
| 770 | Ciclosporinum | Cyclaid, kaps. miękkie, 100 mg | 50 szt. | 05909990787463 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 771 | Ciclosporinum | Cyclaid, kaps. miękkie, 25 mg | 50 szt. | 05909990787289 |
| 772 | Ciclosporinum | Cyclaid, kaps. miękkie, 50 mg | 50 szt. | 05909990787357 |
| 773 | Ciclosporinum | Equoral, kaps. elastyczne, 100 mg | 50 szt. | 05909990946624 |
| 774 | Ciclosporinum | Equoral, kaps. elastyczne, 25 mg | 50 szt. | 05909990946426 |
| 775 | Ciclosporinum | Equoral, kaps. elastyczne, 50 mg | 50 szt. | 05909990946525 |
| 776 | Ciclosporinum | Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml | 50 ml | 05909990946716 |
| 777 | Ciclosporinum | Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml | 50 ml | 05909991460679 |
| 778 | Ciclosporinum | Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml | 50 ml | 05909991480424 |
| 779 | Ciclosporinum | Ikervis, krople do oczu, emulsja, 1 mg/ml | 30 poj. 0,3 ml | 04987084303585 |
| 780 | Ciclosporinum | Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 10 mg | 60 szt. | 05909990406111 |
| 781 | Ciclosporinum | Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 100 mg | 50 szt. | 05909990336814 |
| 782 | Ciclosporinum | Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 25 mg | 50 szt. | 05909990336616 |
| 783 | Ciclosporinum | Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 50 mg | 50 szt. | 05909990336715 |
| 784 | Ciclosporinum | Sandimmun Neoral, roztwór doustny, 100 mg/ml | 50 ml | 05909990336913 |
| 785 | Cilazaprilum | Cazaprol, tabl. powl., 1 mg | 30 szt. | 05909990678648 |
| 786 | Cilazaprilum | Cazaprol, tabl. powl., 2,5 mg | 28 szt. | 05909990678655 |
| 787 | Cilazaprilum | Cazaprol, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909990678679 |
| 788 | Cilazaprilum | Cilan, tabl. powl., 1 mg | 30 szt. | 05909990066667 |
| 789 | Cilazaprilum | Cilan, tabl. powl., 2,5 mg | 30 szt. | 05909990066780 |
| 790 | Cilazaprilum | Cilan, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909990066803 |
| 791 | Ciprofibratum | Lipanor, kaps., 100 mg | 30 szt. | 05909990376612 |
| 792 | Ciprofloxacinum | Ciphin 500, tabl. powl., 500 mg | 10 szt. | 05909990499113 |
| 793 | Ciprofloxacinum | Ciprinol, tabl. powl., 250 mg | 10 szt. | 05909990066414 |
| 794 | Ciprofloxacinum | Ciprinol, tabl. powl., 500 mg | 10 szt. | 05909990066216 |
| 795 | Ciprofloxacinum | Cipronex, tabl. powl., 250 mg | 10 szt. | 05909990308514 |
| 796 | Ciprofloxacinum | Cipronex, tabl. powl., 500 mg | 10 szt. | 05909990334964 |
| 797 | Ciprofloxacinum | Cipropol, tabl. powl., 500 mg | 10 szt. | 05909990729012 |
| 798 | Ciprofloxacinum | Proxacin 250, tabl. powl., 250 mg | 10 szt. | 05909991033514 |
| 799 | Ciprofloxacinum | Proxacin 500, tabl. powl., 500 mg | 10 szt. | 05909991033613 |
| 800 | Clarithromycinum | Fromilid 250, tabl. powl., 250 mg | 14 szt. | 05909990773626 |
| 801 | Clarithromycinum | Fromilid 500, tabl. powl., 500 mg | 14 szt. | 05909990781010 |
| 802 | Clarithromycinum | Fromilid 500, tabl. powl., 500 mg | 28 szt. | 05909991036546 |
| 803 | Clarithromycinum | Klabax EC, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml | 1 but.po 60 ml | 05909991426446 |
| 804 | Clarithromycinum | Klabax EC, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml | 1 but.po 100 ml | 05909991426453 |
| 805 | Clarithromycinum | Klabax EC, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml | 1 but.po 100 ml | 05909991426477 |
| 806 | Clarithromycinum | Klabax EC, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml | 1 but.po 60 ml | 05909991426491 |
| 807 | Clarithromycinum | Klabax, tabl. powl., 250 mg | 14 szt. (1 blist.po 14 szt.) | 05909990081165 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 808 | Clarithromycinum | Klabax, tabl. powl., 500 mg | 14 szt. | 05909990045532 |
| 809 | Clarithromycinum | Klabax, tabl. powl., 500 mg | 20 szt. | 05909990045549 |
| 810 | Clarithromycinum | Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml | 60 ml | 05909990331710 |
| 811 | Clarithromycinum | Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml | 100 ml | 05909990331727 |
| 812 | Clarithromycinum | Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml | 1 but. po 60 ml | 05909990780624 |
| 813 | Clarithromycinum | Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml | 1 but. po 100 ml | 05909990780631 |
| 814 | Clarithromycinum | Klacid, tabl. powl., 250 mg | 10 szt. | 05909990331819 |
| 815 | Clarithromycinum | Klacid, tabl. powl., 250 mg | 14 szt. | 05909990331826 |
| 816 | Clarithromycinum | Klacid, tabl. powl., 500 mg | 14 szt. | 05909990719419 |
| 817 | Clarithromycinum | Klarmin, tabl. powl., 500 mg | 14 szt. | 05909991030117 |
| 818 | Clarithromycinum | Taclar, tabl. powl., 500 mg | 14 szt. | 05909991023416 |
| 819 | Clindamycinum | Clindamycin-MIP 300, tabl. powl., 300 mg | 16 szt. | 05909991001438 |
| 820 | Clindamycinum | Clindamycin-MIP 600, tabl. powl., 600 mg | 12 szt. | 05909991001520 |
| 821 | Clindamycinum | Clindamycin-MIP 600, tabl. powl., 600 mg | 16 szt. | 05909991001537 |
| 822 | Clindamycinum | Clindamycin-MIP 600, tabl. powl., 600 mg | 30 szt. | 05909991001544 |
| 823 | Clindamycinum | Clindanea, tabl. powl., 600 mg | 12 szt. | 05909991414207 |
| 824 | Clindamycinum | Dalacin C, kaps., 150 mg | 16 szt. | 05909990071210 |
| 825 | Clindamycinum | Dalacin C, kaps., 300 mg | 16 szt. | 05909990306435 |
| 826 | Clindamycinum | Dalacin C, kaps., 75 mg | 16 szt. | 05909990071111 |
| 827 | Clindamycinum | Klimicin, kaps. twarde, 300 mg | 16 szt. | 05907626707397 |
| 828 | Clindamycinum | Klimicin, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 300 mg/2 ml | 5 amp.po 2 ml | 05909990067510 |
| 829 | Clobetasoli propionas | Dermovate, roztwór na skórę, 0,5 mg/ml | 50 ml | 05909990369928 |
| 830 | Clobetasoli propionas | Dermovate, roztwór na skórę, 0,5 mg/ml | 50 ml | 05909997013800 |
| 831 | Clobetasoli propionas | Dermovate, roztwór na skórę, 0,5 mg/ml | 50 ml | 05909997196497 |
| 832 | Clomipramini hydrochloridum | Anafranil SR 75, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg | 20 szt. | 05909990295111 |
| 833 | Clomipramini hydrochloridum | Anafranil, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909990294916 |
| 834 | Clomipramini hydrochloridum | Anafranil, tabl. powl., 25 mg | 30 szt. | 05909990295012 |
| 835 | Clonazepamum | Clonazepamum TZF, tabl., 0,5 mg | 30 szt. | 05909990135615 |
| 836 | Clonazepamum | Clonazepamum TZF, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909990135516 |
| 837 | Clopamidum | Clopamid VP, tabl., 20 mg | 20 szt. | 05909990141012 |
| 838 | Clopidogrelum | Agregex, tabl. powl., 75 mg | 28 szt. | 05909990754748 |
| 839 | Clopidogrelum | Agregex, tabl. powl., 75 mg | 28 szt. | 05909991251949 |
| 840 | Clopidogrelum | Agregex, tabl. powl., 75 mg | 28 szt. | 05909991397005 |
| 841 | Clopidogrelum | Agregex, tabl. powl., 75 mg | 28 szt. | 05909991448318 |
| 842 | Clopidogrelum | Areplex, tabl. powl., 75 mg | 28 szt. | 05909991167011 |
| 843 | Clopidogrelum | Clopidix, tabl. powl., 75 mg | 28 szt. | 05909990625826 |
| 844 | Clopidogrelum | Clopidogrel Aurovitas, tabl. powl., 75 mg | 28 szt. | 05909991492205 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 845 | Clopidogrelum | Clopidogrel Bluefish, tabl. powl., 75 mg | 28 szt. | 05909990768141 |
| 846 | Clopidogrelum | Clopidogrel KRKA, tabl. powl., 75 mg | 28 szt. | 05909991029388 |
| 847 | Clopidogrelum | Grepid, tabl. powl., 75 mg | 28 szt. | 05909990727667 |
| 848 | Clopidogrelum | Pegorel, tabl. powl., 75 mg | 28 szt. | 05909990793730 |
| 849 | Clopidogrelum | Plavocorin, tabl. powl., 75 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990762729 |
| 850 | Clopidogrelum | Zyllt, tabl. powl., 75 mg | 28 szt. | 05901878600475 |
| 851 | Clopidogrelum | Zyllt, tabl. powl., 75 mg | 28 szt. | 05903792743382 |
| 852 | Clopidogrelum | Zyllt, tabl. powl., 75 mg | 28 szt. | 05909991109219 |
| 853 | Cloxacillinum | Syntarpen, tabl. powl., 500 mg | 16 szt. | 05909990295715 |
| 854 | Clozapinum | Clopizam, tabl., 100 mg | 50 szt. | 05909991327705 |
| 855 | Clozapinum | Clopizam, tabl., 100 mg | 100 szt. | 05909991327736 |
| 856 | Clozapinum | Clopizam, tabl., 25 mg | 50 szt. | 05909991327606 |
| 857 | Clozapinum | Klozapol, tabl., 100 mg | 50 szt. | 05909990139521 |
| 858 | Clozapinum | Klozapol, tabl., 25 mg | 50 szt. | 05909990139422 |
| 859 | Clozapinum | Symcloza, tabl., 100 mg | 50 szt. | 05909991373443 |
| 860 | Clozapinum | Symcloza, tabl., 200 mg | 50 szt. | 05909991373467 |
| 861 | Clozapinum | Symcloza, tabl., 25 mg | 50 szt. | 05909991373382 |
| 862 | Colecalciferolum | Juvit D3, krople doustne, roztwór, 20000 j.m./ml | 10 ml | 05909991047818 |
| 863 | Colistimethatum natricum | Colistin TZF, liofilizat do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, infuzji i inhalacji, 1000000 IU | 20 fiol. | 05909990366514 |
| 864 | Collagenasum | Iruxol Mono, maść, 1,2 j./g | 20 g | 05909990015412 |
| 865 | Conestatum alfa | Ruconest, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2100 j. | 1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw do podawania | 08718309680077 |
| 866 | Cyanocobalaminum (vit. B12) | Vitaminum B12 WZF, roztwór do wstrzykiwań, 500 µg/ml | 5 amp.po 2 ml | 05909990244010 |
| 867 | Cyclophosphamidum | Endoxan, tabl. drażowane, 50 mg | 50 szt. | 05909990240814 |
| 868 | Cyproteroni acetas | Androcur, tabl., 50 mg | 20 szt. | 05909990657476 |
| 869 | Cyproteroni acetas | Androcur, tabl., 50 mg | 50 szt. | 05909990657483 |
| 870 | 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 |
| 871 | Dabigatranum etexilatum | Daxanlo, kaps. twarde, 110 mg | 30 szt. | 03838989761783 |
| 872 | Dabigatranum etexilatum | Daxanlo, kaps. twarde, 110 mg | 60 szt. | 03838989761844 |
| 873 | Dabigatranum etexilatum | Daxanlo, kaps. twarde, 150 mg | 30 szt. | 03838989761806 |
| 874 | Dabigatranum etexilatum | Daxanlo, kaps. twarde, 150 mg | 60 szt. | 03838989761851 |
| 875 | Dabigatranum etexilatum | Pradaxa, kaps. twarde, 110 mg | 30 szt. | 05909990641260 |
| 876 | Dabigatranum etexilatum | Pradaxa, kaps. twarde, 150 mg | 30 szt. | 05909990887453 |
| 877 | Dabigatranum etexilatum | Telexer, kaps. twarde, 110 mg | 30 szt. | 05907594033252 |
| 878 | Dabigatranum etexilatum | Telexer, kaps. twarde, 110 mg | 60 szt. | 05907594033269 |
| 879 | Dabigatranum etexilatum | Telexer, kaps. twarde, 150 mg | 30 szt. | 05907594033283 |
| 880 | Dabigatranum etexilatum | Telexer, kaps. twarde, 150 mg | 60 szt. | 05907594033290 |
| 881 | Dabigatranum etexilatum | Telexer, kaps. twarde, 150 mg | 180 szt. | 05907594033306 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 882 | Danazolum | Danazol Polfarmex, tabl., 200 mg | 100 szt. | 05909990925339 |
| 883 | Dapagliflozinum | Forxiga, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909990975884 |
| 884 | Degarelixum | Firmagon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 120 mg | 2 fiol. z prosz. i 2 fiol. z rozp. | 05909990774869 |
| 885 | Degarelixum | Firmagon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 80 mg | 1 fiol. z prosz. i 1 amp-strz. rozp. | 05909990774852 |
| 886 | Denosumabum | Prolia, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/1 ml | 1 amp.-strz.po 1 ml | 05909990761647 |
| 887 | Desloratadinum | Dasselta, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909991032838 |
| 888 | Desloratadinum | Dasselta, tabl. powl., 5 mg | 90 szt. | 05909991032852 |
| 889 | Desloratadinum | Delortan, roztwór doustny, 0,5 mg/ml | 1 but.po 120 ml | 05909990969364 |
| 890 | Desloratadinum | Delortan, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909990969654 |
| 891 | Desloratadinum | Delortan, tabl. powl., 5 mg | 90 szt. | 05909990969678 |
| 892 | Desloratadinum | Deslodyna, roztwór doustny, 0,5 mg/ml | 150 ml (but.) | 05909990964574 |
| 893 | Desloratadinum | Deslodyna, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909990964611 |
| 894 | Desloratadinum | Desloratadine Aurovitas, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909991359454 |
| 895 | Desloratadinum | Desloratadine Aurovitas, tabl. powl., 5 mg | 90 szt. | 05909991359478 |
| 896 | Desloratadinum | Desloratadine Aurovitas, tabl. powl., 5 mg | 60 szt. | 08901175035427 |
| 897 | Desloratadinum | Dynid, roztwór doustny, 0,5 mg/ml | 150 ml | 05909990975921 |
| 898 | Desloratadinum | Dynid, tabl., 5 mg | 60 szt. | 05902020241669 |
| 899 | Desloratadinum | Dynid, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990979981 |
| 900 | Desloratadinum | Hitaxa, roztwór doustny, 0,5 mg/ml | 1 but.po 150 ml | 05909990981458 |
| 901 | Desloratadinum | Hitaxa, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2,5 mg | 30 szt. | 05909990981359 |
| 902 | Desloratadinum | Hitaxa, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 30 szt. | 05909990981373 |
| 903 | Desloratadinum | Jovesto, tabl. powl., 5 mg | 60 szt. | 05909990994533 |
| 904 | Desloratadinum | Jovesto, tabl. powl., 5 mg | 90 szt. | 05909990994540 |
| 905 | Desloratadinum | Jovesto, tabl. powl., 5 mg | 60 szt. | 05909991480172 |
| 906 | Desloratadinum | Jovesto, tabl. powl., 5 mg | 90 szt. | 05909991480189 |
| 907 | Desloratadinum | Jovesto, tabl. powl., 5 mg | 60 szt. | 05909991499785 |
| 908 | Desloratadinum | Jovesto, tabl. powl., 5 mg | 90 szt. | 05909991499792 |
| 909 | Desmopressinum | Minirin Melt, liofilizat doustny, 120 µg | 30 szt. | 05909990068548 |
| 910 | Desmopressinum | Minirin Melt, liofilizat doustny, 240 µg | 30 szt. | 05909990068579 |
| 911 | Desmopressinum | Minirin Melt, liofilizat doustny, 60 µg | 30 szt. | 05909990068494 |
| 912 | Dexamethasonum | Demezon, tabl., 1 mg | 40 szt. | 05909991389178 |
| 913 | Dexamethasonum | Demezon, tabl., 4 mg | 20 szt. | 05909991389208 |
| 914 | Dexamethasonum | Dexamethasone KRKA, tabl., 20 mg | 20 szt. | 05909991297763 |
| 915 | Dexamethasonum | Dexamethasone Krka, tabl., 20 mg | 20 szt. | 05909991484729 |
| 916 | Dexamethasonum | Dexamethasone KRKA, tabl., 4 mg | 20 szt. | 05909991297480 |
| 917 | Dexamethasonum | Dexamethasone KRKA, tabl., 40 mg | 20 szt. | 05909991297879 |
| 918 | Dexamethasonum | Dexamethasone KRKA, tabl., 8 mg | 20 szt. | 05909991297633 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 919 | Dexamethasonum | Dexamethasone Krka, tabl., 8 mg | 20 szt. | 05909991472603 |
| 920 | Dexamethasonum | Pabi-Dexamethason, tabl., 1 mg | 20 szt. | 05904374007854 |
| 921 | Dexamethasonum | Pabi-Dexamethason, tabl., 20 mg | 20 szt. | 05900411007351 |
| 922 | Dexamethasonum | Pabi-Dexamethason, tabl., 4 mg | 20 szt. | 05900411007276 |
| 923 | Dexamethasonum | Pabi-Dexamethason, tabl., 500 µg | 20 szt. | 05904374007861 |
| 924 | Dexamethasonum | Pabi-Dexamethason, tabl., 8 mg | 20 szt. | 05900411007313 |
| 925 | Diazepamum | Relsed, mikrowlewka doodbytnicza, roztwór, 2 mg/ml | 5 mikrowlewek a 2,5 ml | 05909990751518 |
| 926 | Diazepamum | Relsed, mikrowlewka doodbytnicza, roztwór, 4 mg/ml | 5 mikrowlewek a 2,5 ml | 05909990751617 |
| 927 | Diclofenacum | Naclof, krople do oczu, roztwór, 1 mg/ml | 5 ml (but.) | 05909990145317 |
| 928 | Diclofenacum | Olfen Uno, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 150 mg | 30 szt. | 05909990457120 |
| 929 | Diclofenacum | Olfen UNO, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 150 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990457137 |
| 930 | Diclofenacum natricum | Diclac, roztwór do wstrzykiwań domięśniowych, 75 mg/3 ml | 5 amp.po 3 ml | 05909990753017 |
| 931 | Diclofenacum natricum | Diclac, roztwór do wstrzykiwań domięśniowych, 75 mg/3 ml | 10 amp.po 3 ml | 05909990753024 |
| 932 | Diclofenacum natricum | Dicloabak, krople do oczu, roztwór, 1 mg/ml | 10 ml (but.) | 05909990074044 |
| 933 | Diclofenacum natricum | DicloDuo, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 75 mg | 30 szt. | 05909990752010 |
| 934 | Diclofenacum natricum | Difadol 0,1%, krople do oczu, roztwór, 1 mg/ml | 5 ml | 05909991026516 |
| 935 | Diclofenacum natricum | Majamil prolongatum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg | 20 szt. | 05909990033614 |
| 936 | Diclofenacum natricum | Naklofen, roztwór do wstrzykiwań, 25 mg/ml | 5 amp.po 3 ml | 05909990241910 |
| 937 | Diclofenacum natricum | Olfen 75 SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg | 30 szt. | 05909990974122 |
| 938 | Diclofenacum natricum + Lidocaini hydrochloridum | Olfen 75, roztwór do wstrzykiwań, (37,5+10) mg/ml | 5 amp.po 2 ml | 05909990161119 |
| 939 | Dihydrocodeini tartras | DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg | 60 szt. | 05909990217045 |
| 940 | Dihydrocodeini tartras | DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 90 mg | 60 szt. | 05909990217069 |
| 941 | Diltiazemi hydrochloridum | Dilzem 120 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 120 mg | 30 szt. | 05909990482917 |
| 942 | Diltiazemi hydrochloridum | Dilzem 180 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 180 mg | 30 szt. | 05909990483310 |
| 943 | Diltiazemi hydrochloridum | Dilzem retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 90 mg | 30 szt. | 05909990213214 |
| 944 | Dinatrii pamidronas | Pamifos-30, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 30 mg | 2 fiol. z prosz.po 30 mg + 2 amp.po 10 ml | 05909990661671 |
| 945 | Dinatrii pamidronas | Pamifos-60, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 60 mg | 1 fiol. z prosz.po 60 mg + 1 amp.po 10 ml | 05909990661688 |
| 946 | Dinatrii pamidronas | Pamifos-90, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 90 mg | 1 fiol. z prosz.po 90 mg + 1 amp.po 10 ml | 05909990661695 |
| 947 | Donepezil hydrochloride | Cogiton 10, tabl. powl., 10 mg | 84 szt. | 05907695215380 |
| 948 | Donepezil hydrochloride | Cogiton 10, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909991024413 |
| 949 | Donepezil hydrochloride | Cogiton 10, tabl. powl., 10 mg | 56 szt. | 05909991024420 |
| 950 | Donepezil hydrochloride | Cogiton 5, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909991024314 |
| 951 | Donepezili hydrochloridum | Donecept, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990689873 |
| 952 | Donepezili hydrochloridum | Donecept, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909991464141 |
| 953 | Donepezili hydrochloridum | Donecept, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909990689781 |
| 954 | Donepezili hydrochloridum | Donectil ODT, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 30 szt. | 05909990851492 |
| 955 | Donepezili hydrochloridum | Donectil, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990683666 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 956 | Donepezili hydrochloridum | Donepex, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909991056018 |
| 957 | Donepezili hydrochloridum | Donepex, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909991055912 |
| 958 | Donepezili hydrochloridum | Donepezil Bluefish, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990814138 |
| 959 | Donepezili hydrochloridum | Donepezil Bluefish, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909990814077 |
| 960 | Donepezili hydrochloridum | Donesyn, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990657360 |
| 961 | Donepezili hydrochloridum | Donesyn, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909990657353 |
| 962 | Donepezili hydrochloridum | Memorion, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909991403560 |
| 963 | Donepezili hydrochloridum | Memorion, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909991398842 |
| 964 | Donepezili hydrochloridum | Ricordo, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 28 szt. | 05909990798940 |
| 965 | Donepezili hydrochloridum | Ricordo, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 28 szt. | 05909990798933 |
| 966 | Donepezili hydrochloridum | Yasnal Q-Tab, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 28 szt. | 05909990850204 |
| 967 | Donepezili hydrochloridum | Yasnal Q-Tab, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 28 szt. | 05909990850075 |
| 968 | Donepezili hydrochloridum | Yasnal, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990993314 |
| 969 | Donepezili hydrochloridum | Yasnal, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909990993215 |
| 970 | Dorzolamidum | Nodofree, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml | 1 but. po 5 ml | 05909991344306 |
| 971 | Dorzolamidum | Nodofree, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml | 3 but. po 5 ml | 05909991344313 |
| 972 | Dorzolamidum | Nodom, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml | 3 butelki po 5 ml | 05900257101015 |
| 973 | Dorzolamidum | Nodom, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909990942855 |
| 974 | Dorzolamidum | Rozalin, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml | 3 but.po 5 ml | 05906414000962 |
| 975 | Dorzolamidum | Rozalin, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909990643929 |
| 976 | Dorzolamidum | Trusopt, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909990661329 |
| 977 | Dorzolamidum | Vizidor, krople do oczu, 20 mg/ml | 1 butelka po 5 ml | 05909991310936 |
| 978 | Dorzolamidum | Vizidor, krople do oczu, 20 mg/ml | 3 butelki po 5 ml | 05909991310943 |
| 979 | Dorzolamidum + Timololum | Cosopt, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909990442423 |
| 980 | Dorzolamidum + Timololum | Nodofree Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml | 1 but. po 5 ml | 05909991340674 |
| 981 | Dorzolamidum + Timololum | Nodofree Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml | 3 but. po 5 ml | 05909991340681 |
| 982 | Dorzolamidum + Timololum | Nodom Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909991067267 |
| 983 | Dorzolamidum + Timololum | Nodom Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml | 3 but.po 5 ml | 05909991067274 |
| 984 | Dorzolamidum + Timololum | Oftidorix, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml | 5 ml | 05909990866144 |
| 985 | Dorzolamidum + Timololum | Rozacom, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml | 3 but.po 5 ml | 05906414000955 |
| 986 | Dorzolamidum + Timololum | Rozacom, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909990746705 |
| 987 | Dorzolamidum + Timololum | Vizidor Duo, krople do oczu, 20 + 5 mg/ml | 1 butelka po 5 ml | 05909991311049 |
| 988 | Dorzolamidum + Timololum | Vizidor Duo, krople do oczu, 20 + 5 mg/ml | 3 butelki po 5 ml | 05909991311056 |
| 989 | Doxazosini mesilas | Doxazosin Aurovitas, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909991305291 |
| 990 | Doxazosini mesilas | Doxazosin Aurovitas, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909991305420 |
| 991 | Doxazosinum | Adadox, tabletki, 2 mg | 30 szt. | 05909990901890 |
| 992 | Doxazosinum | Adadox, tabletki, 4 mg | 30 szt. | 05909990902255 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 993 | Doxazosinum | Adadox, tabletki, 4 mg | 90 szt. | 05909990902293 |
| 994 | Doxazosinum | Apo-Doxan 1, tabl., 1 mg | 30 szt. | 05909990969517 |
| 995 | Doxazosinum | Apo-Doxan 2, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909990969616 |
| 996 | Doxazosinum | Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909990969715 |
| 997 | Doxazosinum | Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg | 60 szt. | 05909991271367 |
| 998 | Doxazosinum | Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg | 30 szt. | 05909990431410 |
| 999 | Doxazosinum | Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 8 mg | 30 szt. | 05909990431519 |
| 1000 | Doxazosinum | Doxanorm, tabl., 1 mg | 30 szt. | 05909990854318 |
| 1001 | Doxazosinum | Doxanorm, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909990854417 |
| 1002 | Doxazosinum | Doxanorm, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909990854516 |
| 1003 | Doxazosinum | Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg | 30 szt. | 05909990790951 |
| 1004 | Doxazosinum | Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg | 90 szt. | 05909990884582 |
| 1005 | Doxazosinum | Doxar, tabl., 1 mg | 30 szt. | 05909990484911 |
| 1006 | Doxazosinum | Doxar, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909990485017 |
| 1007 | Doxazosinum | Doxar, tabl., 4 mg | 120 szt. | 05908289660289 |
| 1008 | Doxazosinum | Doxar, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909990485116 |
| 1009 | Doxazosinum | Doxazosin XR Genoptim, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg | 30 szt. | 05909990066797 |
| 1010 | Doxazosinum | Doxonex, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909991149611 |
| 1011 | Doxazosinum | Doxonex, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909991149710 |
| 1012 | Doxazosinum | Dozox, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05901720140005 |
| 1013 | Doxazosinum | Dozox, tabl., 4 mg | 90 szt. | 05901720140012 |
| 1014 | Doxazosinum | Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg | 30 szt. | 05909990022571 |
| 1015 | Doxazosinum | Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg | 60 szt. | 05909991013820 |
| 1016 | Doxazosinum | Kamiren, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909990491315 |
| 1017 | Doxazosinum | Kamiren, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909990491414 |
| 1018 | Doxazosinum | Zoxon 1, tabl., 1 mg | 30 szt. | 05909990903320 |
| 1019 | Doxazosinum | Zoxon 2, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909990903429 |
| 1020 | Doxazosinum | Zoxon 4, tabl., 4 mg | 90 szt. | 05909990080267 |
| 1021 | Doxazosinum | Zoxon 4, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909990903511 |
| 1022 | Doxycyclinum | Doxycyclinum Polfarmex, kaps. twarde, 100 mg | 10 szt. | 05909991330576 |
| 1023 | Doxycyclinum | Doxycyclinum TZF, kaps. twarde, 100 mg | 10 szt. | 05909990072316 |
| 1024 | Dulaglutidum | Trulicity, roztwór do wstrzykiwań, 0,75 mg | 2 wstrzykiwacze po 0,5 ml | 05909991219130 |
| 1025 | Dulaglutidum | Trulicity, roztwór do wstrzykiwań, 1,5 mg | 2 wstrzykiwacze po 0,5 ml | 05909991219161 |
| 1026 | Dulaglutidum | Trulicity, roztwór do wstrzykiwań, 3 mg | 2 wstrzykiwacze po 0,5 ml | 08594012697638 |
| 1027 | Dulaglutidum | Trulicity, roztwór do wstrzykiwań, 4,5 mg | 2 wstrzykiwacze po 0,5 ml | 08594012697645 |
| 1028 | Duloxetinum | AuroDulox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg | 28 szt. | 05909991432980 |
| 1029 | Duloxetinum | AuroDulox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg | 28 szt. | 05909991432997 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1030 | Duloxetinum | Depratal, tabl. dojelitowe, 30 mg | 56 szt. | 05906414003185 |
| 1031 | Duloxetinum | Depratal, tabl. dojelitowe, 30 mg | 28 szt. | 05909991324551 |
| 1032 | Duloxetinum | Depratal, tabl. dojelitowe, 60 mg | 56 szt. | 05906414003192 |
| 1033 | Duloxetinum | Depratal, tabl. dojelitowe, 60 mg | 28 szt. | 05909991324537 |
| 1034 | Duloxetinum | Dulofor, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg | 28 szt. | 05909991419776 |
| 1035 | Duloxetinum | Dulofor, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg | 28 szt. | 05909991419813 |
| 1036 | Duloxetinum | Duloxetine +pharma, kaps. dojelitowe, twarde, 30 mg | 30 szt. | 05901720140296 |
| 1037 | Duloxetinum | Duloxetine +pharma, kaps. dojelitowe, twarde, 60 mg | 30 szt. | 05901720140210 |
| 1038 | Duloxetinum | Duloxetine Mylan, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg | 28 szt. | 05901797710644 |
| 1039 | Duloxetinum | Duloxetine Mylan, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg | 28 szt. | 05901797710668 |
| 1040 | Duloxetinum | Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg | 28 szt. | 05909991231040 |
| 1041 | Duloxetinum | Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg | 56 szt. | 05909991423636 |
| 1042 | Duloxetinum | Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg | 28 szt. | 05909991231064 |
| 1043 | Duloxetinum | Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg | 56 szt. | 05909991231071 |
| 1044 | Duloxetinum | Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg | 28 szt. | 05909991222239 |
| 1045 | Duloxetinum | Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg | 56 szt. | 05909991222253 |
| 1046 | Duloxetinum | Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg | 90 szt. | 05909991222277 |
| 1047 | Duloxetinum | Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg | 28 szt. | 05909991222321 |
| 1048 | Duloxetinum | Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg | 56 szt. | 05909991222345 |
| 1049 | Duloxetinum | Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg | 90 szt. | 05909991222369 |
| 1050 | Duloxetinum | Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg | 28 szt. | 05909991480745 |
| 1051 | Duloxetinum | Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg | 56 szt. | 05909991480752 |
| 1052 | Duloxetinum | Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 90 mg | 28 szt. | 05909991352172 |
| 1053 | Duloxetinum | Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 120 mg | 28 szt. | 05909991468699 |
| 1054 | Duloxetinum | Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg | 28 szt. | 05909991396688 |
| 1055 | Duloxetinum | Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg | 28 szt. | 05909991396664 |
| 1056 | Duloxetinum | Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 90 mg | 28 szt. | 05909991468651 |
| 1057 | Duloxetinum | Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg | 28 szt. | 05909991249540 |
| 1058 | Duloxetinum | Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg | 56 szt. | 05909991249618 |
| 1059 | Duloxetinum | Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg | 28 szt. | 05909991249885 |
| 1060 | Duloxetinum | Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg | 56 szt. | 05909991249946 |
| 1061 | Dutasteridum | Adadut, kaps. miękkie, 0,5 mg | 30 szt. | 05909991328696 |
| 1062 | Dutasteridum | Dutazyr, kaps. miękkie, 0,5 mg | 30 szt. | 05909991456351 |
| 1063 | Dutasteridum | Findarts, kaps. miękkie, 0,5 mg | 30 szt. | 05909991460495 |
| 1064 | Dutasteridum | Findarts, kaps. miękkie, 0,5 mg | 90 szt. | 05909991460501 |
| 1065 | Dutasteridum + Tamsulosini hydrochloridum | Findarts Duo, kaps. twarde, 0,5+0,4 mg | 30 szt. | 05909991438715 |
| 1066 | Dutasteridum + Tamsulosini hydrochloridum | Findarts Duo, kaps. twarde, 0,5+0,4 mg | 90 szt. | 05909991438746 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1067 | Empagliflozinum | Jardiance, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909991138509 |
| 1068 | Enalaprili maleas | Enarenal, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990015030 |
| 1069 | Enalaprili maleas | Enarenal, tabl., 10 mg | 60 szt. | 05909990015054 |
| 1070 | Enalaprili maleas | Enarenal, tabl., 20 mg | 60 szt. | 05909990020829 |
| 1071 | Enalaprili maleas | Enarenal, tabl., 20 mg | 30 szt. | 05909990020836 |
| 1072 | Enalaprili maleas | Enarenal, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990014934 |
| 1073 | Enalaprili maleas | Enarenal, tabl., 5 mg | 60 szt. | 05909990014958 |
| 1074 | Enoxaparinum natricum | Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg/0,8 ml | 10 amp.-strz.po 0,8 ml | 05909990891429 |
| 1075 | Enoxaparinum natricum | Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/1 ml | 10 amp.-strz.po 1 ml | 05909990891528 |
| 1076 | Enoxaparinum natricum | Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/1 ml | 10 amp.-strz.po 1 ml | 05909990774920 |
| 1077 | Enoxaparinum natricum | Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml | 10 amp.-strz.po 0,2 ml | 05909990048328 |
| 1078 | Enoxaparinum natricum | Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml | 10 amp.-strz.po 0,4 ml | 05909990048427 |
| 1079 | Enoxaparinum natricum | Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml | 10 amp.-strz.po 0,6 ml | 05909990774821 |
| 1080 | Enoxaparinum natricum | Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml | 10 amp.-strz.po 0,8 ml | 05909990775026 |
| 1081 | Enoxaparinum natricum | Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 120 mg/0,8 ml | 10 amp.-strz. | 05906395161126 |
| 1082 | Enoxaparinum natricum | Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 150 mg/1 ml | 10 amp.-strz. | 05906395161164 |
| 1083 | Enoxaparinum natricum | Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/1 ml | 10 amp.-strz.po 1 ml | 05906395161096 |
| 1084 | Enoxaparinum natricum | Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml | 10 amp.-strz.po 0,2 ml | 05906395161010 |
| 1085 | Enoxaparinum natricum | Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml | 10 amp.-strz.po 0,4 ml | 05906395161034 |
| 1086 | Enoxaparinum natricum | Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml | 10 amp.-strz.po 0,6 ml | 05906395161058 |
| 1087 | Enoxaparinum natricum | Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml | 10 amp.-strz.po 0,8 ml | 05906395161072 |
| 1088 | Enzyma pancreatis | Kreon 25 000, kaps. dojel., 25000 J.Ph.Eur.Lipazy | 50 szt. | 05909990042579 |
| 1089 | Ergotamini tartras | Ergotaminum Filofarm, tabl. drażowane, 1 mg | 20 szt. | 05909990211517 |
| 1090 | Esomeprazolum | Emanera, kaps. dojel. twarde, 20 mg | 84 szt. | 03838989753160 |
| 1091 | Esomeprazolum | Emanera, kaps. dojel. twarde, 20 mg | 28 szt. | 05909990926497 |
| 1092 | Esomeprazolum | Emanera, kaps. dojel. twarde, 20 mg | 56 szt. | 05909991074975 |
| 1093 | Esomeprazolum | Emanera, kaps. dojel. twarde, 40 mg | 84 szt. | 03838989753191 |
| 1094 | Esomeprazolum | Emanera, kaps. dojel. twarde, 40 mg | 28 szt. | 05909990926534 |
| 1095 | Esomeprazolum | Emanera, kaps. dojel. twarde, 40 mg | 56 szt. | 05909991074999 |
| 1096 | Esomeprazolum | Helides, kaps. dojel. twarde, 20 mg | 28 szt. | 05909990841332 |
| 1097 | Esomeprazolum | Helides, kaps. dojel. twarde, 20 mg | 56 szt. | 05909991195755 |
| 1098 | Esomeprazolum | Helides, kaps. dojel. twarde, 40 mg | 28 szt. | 05909990841363 |
| 1099 | Esomeprazolum | Helides, kaps. dojel. twarde, 40 mg | 56 szt. | 05909991195762 |
| 1100 | Esomeprazolum | Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg | 84 szt. | 05903060619548 |
| 1101 | Esomeprazolum | Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg | 28 szt. (blister) | 05909990876280 |
| 1102 | Esomeprazolum | Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg | 56 szt. | 05909990876327 |
| 1103 | Esomeprazolum | Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg | 84 szt. | 05903060619555 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1104 | Esomeprazolum | Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg | 28 szt. (blister) | 05909990876778 |
| 1105 | Esomeprazolum | Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg | 56 szt. | 05909990876808 |
| 1106 | Esomeprazolum | Texibax, tabl. dojel., 20 mg | 28 szt. | 05909991268275 |
| 1107 | Esomeprazolum | Texibax, tabl. dojel., 40 mg | 28 szt. | 05909991268282 |
| 1108 | Estradioli valeras + Medroxyprogesteroni acetas | Divina, tabl., 2 mg, 2+10 mg | 21 szt. | 05909990661411 |
| 1109 | Estradioli valeras + Norgestrelum | Cyclo-Progynova, tabl. powl., 2;2+0,5 mg | 21 szt. | 05909990304219 |
| 1110 | Estradiolum | Divigel 0,1%, żel, 0,5 mg/0,5 g | 28 sasz. | 05909990447619 |
| 1111 | Estradiolum | Divigel 0,1%, żel, 1 mg/g | 28 szasz. a 1g | 05909990447718 |
| 1112 | Estradiolum | Divigel 0,1%, żel, 1 mg/g | 28 szt. | 05909991441678 |
| 1113 | Estradiolum | Estrofem mite, tabl. powl., 1 mg | 28 szt. | 05909990823215 |
| 1114 | Estradiolum | Estrofem, tabl. powl., 2 mg | 28 szt. | 05909990330713 |
| 1115 | Estradiolum | Oestrogel, żel, 0,75 mg/1,25 g | 80 g | 05909991456559 |
| 1116 | Estradiolum | Systen 50, system transdermalny, 3,2 mg | 6 szt. | 05909990169214 |
| 1117 | Estradiolum + Drospirenonum | Angeliq, tabl. powl., 1+2 mg | 28 szt. | 05909990221073 |
| 1118 | Estradiolum + Dydrogesteronum | Femoston conti, tabl. powl., 1+5 mg | 28 szt. | 05909990973316 |
| 1119 | Estradiolum + Norethisteroni acetas | Kliogest, tabl. powl., 2+1 mg | 28 szt. | 05909990329717 |
| 1120 | Estradiolum + Norethisteroni acetas | Systen Conti, system transdermalny, plaster, 3,2+11,2 mg | 8 szt. | 05909990444717 |
| 1121 | 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 |
| 1122 | Estradiolum + Norethisteronum | Activelle, tabl. powl., 1+0,5 mg | 28 szt. | 05909990451210 |
| 1123 | Ethambutoli hydrochloridum | Ethambutol Teva, kaps., 250 mg | 250 szt. | 05909990227310 |
| 1124 | Ethosuximidum | Petinimid, kaps., 250 mg | 100 szt. | 05909990244911 |
| 1125 | Everolimusum | Certican tabletki, tabl., 0,25 mg | 60 szt. | 05909990211654 |
| 1126 | Everolimusum | Certican tabletki, tabl., 0,5 mg | 60 szt. | 05909990211357 |
| 1127 | Everolimusum | Certican tabletki, tabl., 0,75 mg | 60 szt. | 05909990211845 |
| 1128 | Exemestanum | Glandex, tabl. powl., 25 mg | 30 szt. | 05909990812202 |
| 1129 | Exemestanum | Symex, tabl. drażowane, 25 mg | 30 szt. | 05909991335489 |
| 1130 | Ezetimibum | Esetin, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991388669 |
| 1131 | Ezetimibum | Etibax, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991402303 |
| 1132 | Ezetimibum | Etibax, tabl., 10 mg | 90 szt. | 05909991402310 |
| 1133 | Ezetimibum | Ezehron, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991347161 |
| 1134 | Ezetimibum | Ezen, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991096229 |
| 1135 | Ezetimibum | Ezetimibe Genoptim, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991414450 |
| 1136 | Ezetimibum | Ezoleta, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991311407 |
| 1137 | Ezetimibum | Ezolip, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991304416 |
| 1138 | Ezetimibum | Lipegis, tabletki, 10 mg | 30 szt. | 05909990996902 |
| 1139 | Ezetimibum + Atorvastatinum | Mizetam, tabl., 10+10 mg | 30 szt. | 05909991421601 |
| 1140 | Ezetimibum + Atorvastatinum | Mizetam, tabl., 10+20 mg | 30 szt. | 05909991421564 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1141 | Ezetimibum + Atorvastatinum | Mizetam, tabl., 10+40 mg | 30 szt. | 05909991421526 |
| 1142 | Ezetimibum + Atorvastatinum | Tulip Combo, tabl. powl., 10+10 mg | 30 szt. | 07613421054557 |
| 1143 | Ezetimibum + Atorvastatinum | Tulip Combo, tabl. powl., 10+20 mg | 30 szt. | 07613421054564 |
| 1144 | Ezetimibum + Atorvastatinum | Tulip Combo, tabl. powl., 10+40 mg | 30 szt. | 07613421054571 |
| 1145 | Famotidinum | Famogast, tabl. powl., 40 mg | 60 szt. | 05909990014828 |
| 1146 | Famotidinum | Famogast, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 05909990014835 |
| 1147 | Febuxostatum | Adenuric, tabl. powl., 120 mg | 28 szt. | 05909990761562 |
| 1148 | Febuxostatum | Adenuric, tabl. powl., 80 mg | 28 szt. | 05909990761548 |
| 1149 | Febuxostatum | Denofix, tabl. powl., 120 mg | 28 szt. | 05909991391607 |
| 1150 | Febuxostatum | Denofix, tabl. powl., 80 mg | 28 szt. | 05909991391522 |
| 1151 | Febuxostatum | Febuxostat Aurovitas, tabl. powl., 120 mg | 28 szt. | 05909991391942 |
| 1152 | Febuxostatum | Febuxostat Aurovitas, tabl. powl., 80 mg | 28 szt. | 05909991391874 |
| 1153 | Febuxostatum | Febuxostat Krka, tabl. powl., 120 mg | 28 szt. | 03838989705145 |
| 1154 | Febuxostatum | Febuxostat Krka, tabl. powl., 80 mg | 28 szt. | 03838989705152 |
| 1155 | Felodipinum | Plendil, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 28 szt. | 05909990344918 |
| 1156 | Felodipinum | Plendil, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg | 28 szt. | 05909990344819 |
| 1157 | Fenofibrate | Biofibrat, kaps. twarde, 200 mg | 30 szt. | 05909990754496 |
| 1158 | Fenofibratum | Biofibrat, kaps. twarde, 267 mg | 30 szt. | 05909990754526 |
| 1159 | Fenofibratum | Fenardin, kaps. twarde, 160 mg | 30 szt. | 05909990713974 |
| 1160 | Fenofibratum | Fenardin, kaps. twarde, 267 mg | 30 szt. | 05909990611065 |
| 1161 | Fenofibratum | Grofibrat 200, kaps., 200 mg | 30 szt. | 05909990492114 |
| 1162 | Fenofibratum | Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg | 30 szt. | 05907594032309 |
| 1163 | Fenofibratum | Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg | 60 szt. | 05907594032408 |
| 1164 | Fenofibratum | Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg | 90 szt. | 05907594032507 |
| 1165 | Fenofibratum | Grofibrat S, tabl. powl., 160 mg | 60 szt. | 05907594031500 |
| 1166 | Fenofibratum | Grofibrat S, tabl. powl., 160 mg | 90 szt. | 05907594031609 |
| 1167 | Fenofibratum | Grofibrat S, tabl. powl., 160 mg | 30 szt. | 05909991212339 |
| 1168 | Fenofibratum | Grofibrat S, tabl. powl., 215 mg | 60 szt. | 05907594031708 |
| 1169 | Fenofibratum | Grofibrat S, tabl. powl., 215 mg | 90 szt. | 05907594031807 |
| 1170 | Fenofibratum | Grofibrat S, tabl. powl., 215 mg | 30 szt. | 05909991201173 |
| 1171 | Fenofibratum | Grofibrat, kaps., 100 mg | 50 szt. | 05909990109814 |
| 1172 | Fenofibratum | Lipanthyl 200M, kaps., 200 mg | 30 szt. | 05909990687947 |
| 1173 | Fenofibratum | Lipanthyl 267M, kaps., 267 mg | 30 szt. | 05909990492817 |
| 1174 | Fenofibratum | Lipanthyl Supra 160, tabl. powl., 160 mg | 30 szt. | 05909990903917 |
| 1175 | Fenofibratum | Lipanthyl Supra 215 mg, tabl. powl., 215 mg | 30 szt. | 05909990431342 |
| 1176 | Fenoteroli hydrobromidum | Berotec N 100, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100 µg/dawkę | 1 poj.po 10 ml (200 daw.) | 05909990376414 |
| 1177 | Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum | Berodual N, aerozol inhalacyjny, roztwór, 50+21 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 200 dawek | 05909990917815 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1178 | Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum | Berodual, roztwór do nebulizacji, 0,5+0,25 mg/ml | 20 ml | 05909990101917 |
| 1179 | Fentanylum | AuroFena, tabl. podpoliczkowe, 100 µg | 28 szt. | 05909991455965 |
| 1180 | Fentanylum | AuroFena, tabl. podpoliczkowe, 200 µg | 28 szt. | 05909991455989 |
| 1181 | Fentanylum | AuroFena, tabl. podpoliczkowe, 400 µg | 28 szt. | 05909991456009 |
| 1182 | Fentanylum | Durogesic, system transdermalny, 100 µg/h | 5 szt. | 05909990765713 |
| 1183 | Fentanylum | Durogesic, system transdermalny, 25 µg/h | 5 szt. | 05909990765416 |
| 1184 | Fentanylum | Durogesic, system transdermalny, 50 µg/h | 5 szt. | 05909990765515 |
| 1185 | Fentanylum | Durogesic, system transdermalny, 75 µg/h | 5 szt. | 05909990765614 |
| 1186 | Fentanylum | Effentora, tabl. podpoliczkowe, 100 µg | 28 szt. | 05909990643011 |
| 1187 | Fentanylum | Effentora, tabl. podpoliczkowe, 200 µg | 28 szt. | 05909990643035 |
| 1188 | Fentanylum | Effentora, tabl. podpoliczkowe, 400 µg | 28 szt. | 05909990643059 |
| 1189 | Fentanylum | Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 100 µg/h | 5 szt. | 05909990000098 |
| 1190 | Fentanylum | Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 100 µg/h | 10 szt. | 05909991204853 |
| 1191 | Fentanylum | Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 25 µg/h | 10 szt. | 05909991204822 |
| 1192 | Fentanylum | Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 50 µg/h | 5 szt. | 05909990000050 |
| 1193 | Fentanylum | Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 50 µg/h | 10 szt. | 05909991204839 |
| 1194 | Fentanylum | Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 75 µg/h | 5 szt. | 05909990000081 |
| 1195 | Fentanylum | Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 75 µg/h | 10 szt. | 05909991204846 |
| 1196 | Fentanylum | Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę | 1 but.po 5,3 ml (40 daw.) | 05909991308193 |
| 1197 | Fentanylum | Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 200 µg/dawkę | 1 but.po 5,3 ml (40 daw.) | 05909991308209 |
| 1198 | Fentanylum | Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 50 µg/dawkę | 1 but.po 3,2 ml (20 daw.) | 05909991308131 |
| 1199 | Fentanylum | Matrifen 100 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 100 µg/h | 5 szt. | 05909990043330 |
| 1200 | Fentanylum | Matrifen 12 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 12 µg/h | 5 szt. | 05909990043163 |
| 1201 | Fentanylum | Matrifen 25 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 25 µg/h | 5 szt. | 05909990043279 |
| 1202 | Fentanylum | Matrifen 50 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 50 µg/h | 5 szt. | 05909990043385 |
| 1203 | Fentanylum | Matrifen 75 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 75 µg/h | 5 szt. | 05909990043224 |
| 1204 | Fentanylum | PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę | 1,55 ml (1 butelka) | 05909990955503 |
| 1205 | Fentanylum | PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę | 4 but. po 1,55 ml | 05909990955527 |
| 1206 | Fentanylum | PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 400 µg/dawkę | 1,55 ml (1 butelka) | 05909990955541 |
| 1207 | Fentanylum | PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 400 µg/dawkę | 4 but. po 1,55 ml | 05909990955558 |
| 1208 | Fentanylum | Submena, tabl. podjęzykowe, 100 µg | 30 szt. | 09008732014396 |
| 1209 | Fentanylum | Submena, tabl. podjęzykowe, 200 µg | 30 szt. | 09008732014402 |
| 1210 | Fentanylum | Submena, tabl. podjęzykowe, 400 µg | 30 szt. | 09008732014419 |
| 1211 | Fentanylum | Submena, tabl. podjęzykowe, 800 µg | 30 szt. | 09008732014426 |
| 1212 | Fentanylum | Vellofent, tabl. podjęzykowe, 133 µg | 30 szt. | 05909991074647 |
| 1213 | Fentanylum | Vellofent, tabl. podjęzykowe, 267 µg | 30 szt. | 05909991074685 |
| 1214 | Fentanylum | Vellofent, tabl. podjęzykowe, 400 µg | 30 szt. | 05909991074739 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1215 | Fentanylum | Vellofent, tabl. podjęzykowe, 533 µg | 30 szt. | 05909991074777 |
| 1216 | Fentanylum | Vellofent, tabl. podjęzykowe, 67 µg | 30 szt. | 05909991074593 |
| 1217 | Fentanylum | Vellofent, tabl. podjęzykowe, 800 µg | 30 szt. | 05909991074821 |
| 1218 | Filgrastimum | Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml | 1 amp.-strz. | 05055565713846 |
| 1219 | Filgrastimum | Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml | 5 amp.-strz. | 05055565713860 |
| 1220 | Filgrastimum | Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml | 7 amp.-strz. | 05055565726068 |
| 1221 | Filgrastimum | Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml | 1 amp.-strz. | 05055565713853 |
| 1222 | Filgrastimum | Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml | 5 amp.-strz. | 05055565713877 |
| 1223 | Filgrastimum | Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml | 7 amp.-strz. | 05055565726075 |
| 1224 | Filgrastimum | Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml | 5 amp.-strz.po 0,5 ml | 05909990687787 |
| 1225 | Filgrastimum | Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml | 5 amp.-strz.po 0,5 ml | 05909990687848 |
| 1226 | Finasteridum | Adaster, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909990711949 |
| 1227 | Finasteridum | Adaster, tabl. powl., 5 mg | 90 szt. | 05909990711987 |
| 1228 | Finasteridum | Androster, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909990055470 |
| 1229 | Finasteridum | Androster, tabl. powl., 5 mg | 90 szt. | 05909990906154 |
| 1230 | Finasteridum | Antiprost, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909990067770 |
| 1231 | Finasteridum | Apo-Fina, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909990048670 |
| 1232 | Finasteridum | Apo-Fina, tabl. powl., 5 mg | 90 szt. | 05909990938797 |
| 1233 | Finasteridum | Finamef, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909990713127 |
| 1234 | Finasteridum | Finamef, tabl. powl., 5 mg | 90 szt. | 05909990713141 |
| 1235 | Finasteridum | Finamef, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909991282288 |
| 1236 | Finasteridum | Finaran, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 05909990082391 |
| 1237 | Finasteridum | Finaster, tabl. powl., 5 mg | 90 szt. | 05909990811045 |
| 1238 | Finasteridum | Finaster, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 05909991151218 |
| 1239 | Finasteridum | Finaster, tabl. powl., 5 mg | 120 szt. | 05909991207311 |
| 1240 | Finasteridum | Finasteridum Bluefish, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909991096571 |
| 1241 | Finasteridum | Finasteridum Bluefish, tabl. powl., 5 mg | 90 szt. | 05909991096601 |
| 1242 | Finasteridum | Finpros 5 mg, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909990017973 |
| 1243 | Finasteridum | Finxta, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909990050895 |
| 1244 | Finasteridum | Hyplafin, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909990017997 |
| 1245 | Finasteridum | Penester, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909990077267 |
| 1246 | Finasteridum | Penester, tabl. powl., 5 mg | 90 szt. | 05909990077274 |
| 1247 | Finasteridum | Proscar, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990362110 |
| 1248 | Finasteridum | Symasteride, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909990074105 |
| 1249 | Finasteridum | Symasteride, tabl. powl., 5 mg | 90 szt. | 05909991107871 |
| 1250 | Finasteridum | Uronezyr, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909991088842 |
| 1251 | Finasteridum | Zasterid, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909991053710 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1252 | Fluconazolum | Candifluc/Fluconazolum Aflofarm, syrop, 5 mg/ml | 1 but. 150 ml | 05909991257804 |
| 1253 | Fluconazolum | Flucofast, kaps. twarde, 100 mg | 7 szt. | 05909990662371 |
| 1254 | Fluconazolum | Flucofast, kaps. twarde, 100 mg | 28 szt. | 05909990662388 |
| 1255 | Fluconazolum | Flucofast, kaps. twarde, 150 mg | 3 szt. | 05907529466339 |
| 1256 | Fluconazolum | Flucofast, kaps. twarde, 200 mg | 7 szt. | 05909991283247 |
| 1257 | Fluconazolum | Flucofast, kaps., 150 mg | 1 szt. | 05909990490615 |
| 1258 | Fluconazolum | Flucofast, kaps., 50 mg | 7 szt. | 05909990490516 |
| 1259 | Fluconazolum | Flucofast, kaps., 50 mg | 14 szt. | 05909990490523 |
| 1260 | Fluconazolum | Fluconazin, syrop, 5 mg/ml | 1 but.po 150 ml | 05909991097219 |
| 1261 | Fluconazolum | Fluconazole Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg | 7 szt. | 05909991462871 |
| 1262 | Fluconazolum | Fluconazole Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg | 28 szt. | 05909991462932 |
| 1263 | Fluconazolum | Fluconazole Aurovitas, kaps. twarde, 200 mg | 7 szt. | 05909991463151 |
| 1264 | Fluconazolum | Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 100 mg | 7 szt. | 05909991262617 |
| 1265 | Fluconazolum | Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 100 mg | 28 szt. | 05909991262679 |
| 1266 | Fluconazolum | Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 50 mg | 7 szt. | 05909991262457 |
| 1267 | Fluconazolum | Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 50 mg | 14 szt. | 05909991262488 |
| 1268 | Fluconazolum | Fluconazole Hasco, syrop, 5 mg/ml | 1 but. 150 ml | 05909991273798 |
| 1269 | Fluconazolum | Fluconazole Polfarmex, syrop, 5 mg/ml | 150 ml (but.) | 05909990859511 |
| 1270 | Fluconazolum | Fluconazole Polfarmex, tabl., 100 mg | 28 szt. | 05909990780181 |
| 1271 | Fluconazolum | Fluconazole Polfarmex, tabl., 100 mg | 7 szt. | 05909990859719 |
| 1272 | Fluconazolum | Fluconazole Polfarmex, tabl., 150 mg | 1 szt. | 05909990017874 |
| 1273 | Fluconazolum | Fluconazole Polfarmex, tabl., 150 mg | 3 szt. | 05909990017881 |
| 1274 | Fluconazolum | Fluconazole Polfarmex, tabl., 200 mg | 7 szt. | 05909991022549 |
| 1275 | Fluconazolum | Fluconazole Polfarmex, tabl., 200 mg | 14 szt. | 05909991022556 |
| 1276 | Fluconazolum | Fluconazole Polfarmex, tabl., 50 mg | 14 szt. | 05909990859610 |
| 1277 | Fluconazolum | Fluconazole Polfarmex, tabl., 50 mg | 7 szt. | 05909990859672 |
| 1278 | Fluconazolum | Fluconazolum Aflofarm, kaps. twarde, 100 mg | 7 szt. | 05909991423452 |
| 1279 | Fluconazolum | Fluconazolum Aflofarm, kaps. twarde, 200 mg | 7 szt. | 05909991423506 |
| 1280 | Fluconazolum | Fluconazolum Aflofarm, kaps. twarde, 50 mg | 14 szt. | 05909991423445 |
| 1281 | Fluconazolum | Flumycon, kaps. twarde, 100 mg | 7 szt. | 05909990869732 |
| 1282 | Fluconazolum | Flumycon, kaps. twarde, 100 mg | 28 szt. | 05909990869756 |
| 1283 | Fluconazolum | Flumycon, kaps. twarde, 150 mg | 1 szt. | 05909990869763 |
| 1284 | Fluconazolum | Flumycon, kaps. twarde, 150 mg | 7 szt. | 05909991365745 |
| 1285 | Fluconazolum | Flumycon, kaps. twarde, 200 mg | 7 szt. | 05909990869770 |
| 1286 | Fluconazolum | Flumycon, kaps. twarde, 50 mg | 7 szt. | 05909990869688 |
| 1287 | Fluconazolum | Flumycon, kaps. twarde, 50 mg | 14 szt. | 05909990869695 |
| 1288 | Fluconazolum | Fluxazol, kaps. twarde, 100 mg | 7 szt. | 05909991388270 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1289 | Fluconazolum | Fluxazol, kaps. twarde, 150 mg | 1 szt. | 05909991388287 |
| 1290 | Fluconazolum | Fluxazol, kaps. twarde, 200 mg | 7 szt. | 05909991388294 |
| 1291 | Fluconazolum | Fluxazol, kaps. twarde, 50 mg | 7 szt. | 05909991388263 |
| 1292 | Fluconazolum | Mycosyst, kaps., 100 mg | 7 szt. | 05909990642533 |
| 1293 | Fluconazolum | Mycosyst, kaps., 100 mg | 28 szt. | 05909990980611 |
| 1294 | Fluconazolum | Mycosyst, kaps., 200 mg | 7 szt. | 05909991118914 |
| 1295 | Fluconazolum | Mycosyst, kaps., 50 mg | 7 szt. | 05909990980512 |
| 1296 | Fludrocortisonum | Cortineff, tabl., 100 µg | 20 szt. | 05904374007885 |
| 1297 | Fluoxetinum | Andepin, kaps. twarde, 20 mg | 30 szt. | 05909991065515 |
| 1298 | Fluoxetinum | Bioxetin, tabl., 20 mg | 30 szt. | 05909990372317 |
| 1299 | Fluoxetinum | Fluoksetyna EGIS, kaps. twarde, 20 mg | 28 szt. | 05909990776955 |
| 1300 | Fluoxetinum | Fluoxetin Polpharma, kaps. twarde, 20 mg | 30 szt. | 05909990770311 |
| 1301 | Fluoxetinum | Fluoxetine Aurovitas, kaps. twarde, 20 mg | 30 tabl. | 05909991317621 |
| 1302 | Fluoxetinum | Fluxemed, kaps. twarde, 20 mg | 30 szt. | 05909990742509 |
| 1303 | Fluoxetinum | Seronil, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909990374311 |
| 1304 | Fluoxetinum | Seronil, tabl. powl., 10 mg | 100 szt. | 05909990374328 |
| 1305 | Flupentixolum | Fluanxol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml | 1 amp.po 1 ml | 05909990127214 |
| 1306 | Flupentixolum | Fluanxol, tabl. powl., 0,5 mg | 50 szt. | 05909991074258 |
| 1307 | Flupentixolum | Fluanxol, tabl. powl., 3 mg | 50 szt. | 05909991074296 |
| 1308 | Flutamidum | Apo-Flutam, tabl. powl., 250 mg | 30 szt. | 05909990941612 |
| 1309 | Flutamidum | Apo-Flutam, tabl. powl., 250 mg | 90 szt. | 05909990941629 |
| 1310 | Flutamidum | Flutamid Egis, tabl., 250 mg | 100 szt. | 05909990139217 |
| 1311 | Fluticasoni furoas + Umeclidinium + Vilanterolum | Trelegy Ellipta, proszek do inhalacji, podzielony, 92+55+22 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator 30 dawek | 05909991350635 |
| 1312 | Fluticasoni propionas | Fanipos, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę | 2 poj. po 120 daw. | 05908289660371 |
| 1313 | Fluticasoni propionas | Fanipos, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę donosową | 1 poj. po 120 daw. | 05909990570720 |
| 1314 | Fluticasoni propionas | Flixonase, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę | poj. 10 ml (120 dawek) | 05909990933839 |
| 1315 | Fluticasoni propionas | Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną | 60 daw. | 05909990484621 |
| 1316 | Fluticasoni propionas | Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 250 µg/dawkę inhalacyjną | 60 daw. | 05909990484720 |
| 1317 | Fluticasoni propionas | Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną | 60 daw. | 05909990484522 |
| 1318 | Fluticasoni propionas | Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 500 µg/dawkę inhalacyjną | 60 daw. | 05909990484829 |
| 1319 | Fluticasoni propionas | Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg | 60 daw. | 05909990851416 |
| 1320 | Fluticasoni propionas | Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg | 120 daw. | 05909990851423 |
| 1321 | Fluticasoni propionas | Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg | 60 daw. | 05909990851515 |
| 1322 | Fluticasoni propionas | Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg | 120 daw. | 05909990851522 |
| 1323 | Fluticasoni propionas | Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50 µg/dawkę inhalacyjną | 120 daw. | 05909990851317 |
| 1324 | Fluticasoni propionas | Flurhinal, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg/dawkę inh. | 120 daw. | 05909991401771 |
| 1325 | Fluticasoni propionas | Flurhinal, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg/dawkę inh. | 120 daw. | 05909991401788 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1326 | Fluticasoni propionas | Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg | 120 szt. | 05909990938001 |
| 1327 | Fluticasoni propionas | Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg/dawkę inhalacyjną | 60 szt. | 05909990785858 |
| 1328 | Fluticasoni propionas | Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg | 120 szt. | 05909990938025 |
| 1329 | Fluticasoni propionas | Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg/dawkę inhalacyjną | 60 szt. | 05909990785889 |
| 1330 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, 250+50 µg | 1 inh.po 60 daw. | 05909991274931 |
| 1331 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, 500+50 µg | 1 inh.po 60 daw. | 05909991274955 |
| 1332 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator 60 dawek | 05909991442064 |
| 1333 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator 60 dawek | 05909991447915 |
| 1334 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator 60 dawek | 05909991034870 |
| 1335 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 3 inh.po 60 dawek | 05909991448523 |
| 1336 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator 60 dawek | 05909991034887 |
| 1337 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 3 inh.po 60 dawek | 05909991448530 |
| 1338 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator 60 dawek | 05909991034894 |
| 1339 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 3 inh.po 60 dawek | 05909991448547 |
| 1340 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 100+50 µg/dawkę | 1 inhalator 60 dawek | 05909991447557 |
| 1341 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę | 1 inhalator 60 dawek | 05909991447595 |
| 1342 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę | 1 inhalator 60 dawek | 05909991447632 |
| 1343 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Comboterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj. 120 dawek | 05906720534670 |
| 1344 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Comboterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj. 120 dawek | 05906720534687 |
| 1345 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 100+50 µg/dawkę | 1 inhalator 60 dawek | 05900411004732 |
| 1346 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę | 1 inhalator 60 dawek | 05900411004749 |
| 1347 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę | 1 inhalator 60 dawek | 05900411004756 |
| 1348 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj. 120 dawek | 05900411004763 |
| 1349 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę odmierzoną | 1 poj. 120 dawek | 05900411004787 |
| 1350 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Duexon, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę odmierzoną | 1 poj. 120 dawek | 05900411004770 |
| 1351 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh.po 120 daw. | 05909991403959 |
| 1352 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh.po 120 daw. | 05909991403966 |
| 1353 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh.po 120 daw. | 05909991403898 |
| 1354 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Salflumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę odmierzoną | 1 inh.po 60 daw. | 05909991383626 |
| 1355 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Salflumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę odmierzoną | 1 inh.po 60 daw. | 05909991383657 |
| 1356 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Salmex, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator (60 dawek) | 05909991034900 |
| 1357 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Salmex, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator (60 dawek) | 05909991034924 |
| 1358 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Salmex, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator (60 dawek) | 05909991034931 |
| 1359 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Seretide 125, aerozol wziewny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 120 daw. | 05909990907014 |
| 1360 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Seretide 250, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 120 daw. | 05909990907113 |
| 1361 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Seretide 50, aerozol wziewny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 120 daw. | 05909990906918 |
| 1362 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Seretide Dysk 100, proszek do inhalacji, 100+50 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 60 daw. | 05909990832422 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1363 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Seretide Dysk 250, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 60 daw. | 05909990832521 |
| 1364 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Seretide Dysk 500, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 60 daw. | 05909990832620 |
| 1365 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Symflusal, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną | 1 blister 60 dawek + inhalator Elpenhaler | 05909991078980 |
| 1366 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Symflusal, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną | 1 blister 60 dawek + inhalator Elpenhaler | 05909991079055 |
| 1367 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Veriflo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj. 120 dawek | 05909991477585 |
| 1368 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Veriflo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj. 120 dawek | 05909991477592 |
| 1369 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Veriflo, proszek do inhalacji, podzielony, 50+25 µg/dawkę | 1 poj. 120 dawek | 05909991477578 |
| 1370 | Fluvoxaminum | Fevarin, tabl. powl., 100 mg | 30 szt. | 05909990347827 |
| 1371 | Fluvoxaminum | Fevarin, tabl. powl., 50 mg | 60 szt. | 05909990347728 |
| 1372 | Formoteroli fumaras | Foradil, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg | 60 szt. | 05909990792924 |
| 1373 | Formoteroli fumaras | Foradil, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg | 180 szt. | 07613421020934 |
| 1374 | Formoteroli fumaras | Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg | 120 kaps. | 05909990937981 |
| 1375 | Formoteroli fumaras | Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg | 60 szt. | 05909990975914 |
| 1376 | Formoteroli fumaras dihydricus | Atimos, aerozol inhalacyjny, roztwór, 12 µg/dawkę odmierzoną | 1 poj.po 120 daw. | 05909990620777 |
| 1377 | Formoteroli fumaras dihydricus | Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg | 60 szt. | 05909990614400 |
| 1378 | Formoteroli fumaras dihydricus | Forastmin, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 12 µg | 120 szt. | 05909991218287 |
| 1379 | Formoteroli fumaras dihydricus | Forastmin, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 12 µg | 180 szt. | 05909991218294 |
| 1380 | Formoteroli fumaras dihydricus | Formoterol Easyhaler, proszek do inhalacji, 12 mcg | 1 poj. (120 daw.) (+ op.ochr.) | 05909990337446 |
| 1381 | Formoteroli fumaras dihydricus | Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 4,5 µg/dawkę | 1 inh.po 60 daw. | 05909990445219 |
| 1382 | Formoteroli fumaras dihydricus | Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 9 µg/dawkę | 1 inh.po 60 daw. | 05909990445318 |
| 1383 | Formoteroli fumaras dihydricus | Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg | 60 kaps. | 05909990849000 |
| 1384 | Formoteroli fumaras dihydricus | Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg | 120 szt. | 05909990996681 |
| 1385 | Formoteroli fumaras dihydricus + Glycopyrronium + Budesonidum | Trixeo Aerosphere, aerozol inh., zawiesina, 5+7,2+160 µg | 1 poj. a 120 daw. | 05000456071505 |
| 1386 | Furazidinum | Furaginum Adamed, tabl., 50 mg | 30 szt. | 05909990357215 |
| 1387 | Furazidinum | Furaginum Teva, tabl., 100 mg | 30 szt. | 05909991373238 |
| 1388 | Furazidinum | Furaginum Teva, tabl., 50 mg | 30 szt. | 05909990988235 |
| 1389 | Furazidinum | Furazek, tabl., 100 mg | 30 szt. | 05909991304102 |
| 1390 | Furosemidum | Furosemid Medreg, tabl., 40 mg | 30 szt. | 08595566451974 |
| 1391 | Furosemidum | Furosemidum Aurovitas, tabl., 40 mg | 30 szt. | 05909991434588 |
| 1392 | Furosemidum | Furosemidum Polfarmex, tabl., 40 mg | 30 szt. (3 x 10) | 05909990223794 |
| 1393 | Furosemidum | Furosemidum Polpharma, tabl., 40 mg | 30 szt. | 05909990135028 |
| 1394 | Gabapentinum | Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg | 100 szt. | 05909991331108 |
| 1395 | Gabapentinum | Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 300 mg | 100 szt. | 05909991331153 |
| 1396 | Gabapentinum | Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 400 mg | 100 szt. | 05909991331207 |
| 1397 | Gabapentinum | Gabapentin Teva, kaps. twarde, 100 mg | 100 szt. | 05909990339495 |
| 1398 | Gabapentinum | Gabapentin Teva, kaps. twarde, 300 mg | 100 szt. | 05909990339709 |
| 1399 | Gabapentinum | Gabapentin Teva, kaps. twarde, 300 mg | 100 szt. | 05909991425340 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1400 | Gabapentinum | Gabapentin Teva, kaps. twarde, 400 mg | 100 szt. | 05909990339600 |
| 1401 | Gabapentinum | Gabapentin Teva, tabl. powl., 600 mg | 100 szt. | 05909990338542 |
| 1402 | Gabapentinum | Gabapentin Teva, tabl. powl., 800 mg | 100 szt. | 05909990338658 |
| 1403 | Gabapentinum | Neurontin 100, kaps. twarde, 100 mg | 100 szt. | 05909990769216 |
| 1404 | Gabapentinum | Neurontin 300, kaps. twarde, 300 mg | 100 szt. | 05909990769315 |
| 1405 | Gabapentinum | Neurontin 400, kaps. twarde, 400 mg | 100 szt. | 05909990769414 |
| 1406 | Gabapentinum | Neurontin 600, tabl. powl., 600 mg | 100 szt. | 05909991017422 |
| 1407 | Gabapentinum | Neurontin 800, tabl. powl., 800 mg | 100 szt. | 05909991017521 |
| 1408 | Gentamicinum | Gentamicin WZF 0,3%, krople do oczu, roztwór, 3 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909990092413 |
| 1409 | Gliclazidum | Clazicon, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg | 60 szt. | 05909991267155 |
| 1410 | Gliclazidum | Clazicon, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg | 30 szt. | 05909991267162 |
| 1411 | Gliclazidum | Diabrezide, tabl., 80 mg | 40 szt. | 05909990359912 |
| 1412 | Gliclazidum | Diagen, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg | 30 szt. | 05909991216023 |
| 1413 | Gliclazidum | Diaprel MR, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg | 60 szt. | 05909990443017 |
| 1414 | Gliclazidum | Diazidan, tabl., 80 mg | 60 szt. | 05909990911127 |
| 1415 | Gliclazidum | Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg | 60 szt. | 05909990647224 |
| 1416 | Gliclazidum | Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg | 90 szt. | 05909990647231 |
| 1417 | Gliclazidum | Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg | 30 szt. | 05909991056100 |
| 1418 | Gliclazidum | Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg | 60 szt. | 05909991056131 |
| 1419 | Gliclazidum | Gliclada, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 90 mg | 30 szt. | 05909991267230 |
| 1420 | Gliclazidum | Oziclide MR, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg | 30 tabl. | 05909991226299 |
| 1421 | Gliclazidum | Oziclide MR, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg | 60 tabl. | 05909991226305 |
| 1422 | Gliclazidum | Salson, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg | 30 szt. | 05909991267186 |
| 1423 | Gliclazidum | Salson, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg | 60 szt. | 05909991267193 |
| 1424 | Gliclazidum | Symazide MR 30, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg | 60 szt. | 05909991291648 |
| 1425 | Gliclazidum | Symazide MR 60 mg, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg | 30 szt. | 05909991257392 |
| 1426 | Gliclazidum | Symazide MR 60 mg, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg | 60 szt. | 05909991257408 |
| 1427 | Glimepiridum | Amaryl 1, tabl., 1 mg | 30 szt. | 05909990744817 |
| 1428 | Glimepiridum | Amaryl 2, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909990744916 |
| 1429 | Glimepiridum | Amaryl 3, tabl., 3 mg | 30 szt. | 05909990745012 |
| 1430 | Glimepiridum | Amaryl 4, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909990745111 |
| 1431 | Glimepiridum | Diaril, tabl., 1 mg | 30 szt. | 05909990566082 |
| 1432 | Glimepiridum | Diaril, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909990566105 |
| 1433 | Glimepiridum | Diaril, tabl., 3 mg | 30 szt. | 05909990566129 |
| 1434 | Glimepiridum | Diaril, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909990566143 |
| 1435 | Glimepiridum | Glibetic 1 mg, tabl., 1 mg | 30 szt. | 05909991097615 |
| 1436 | Glimepiridum | Glibetic 2 mg, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909991097516 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1437 | Glimepiridum | Glibetic 3 mg, tabl., 3 mg | 30 szt. | 05909991097417 |
| 1438 | Glimepiridum | Glibetic 4 mg, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909991097318 |
| 1439 | Glimepiridum | GlimeHexal 1, tabl., 1 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990337453 |
| 1440 | Glimepiridum | GlimeHexal 2, tabl., 2 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990337521 |
| 1441 | Glimepiridum | GlimeHexal 3, tabl., 3 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990338078 |
| 1442 | Glimepiridum | GlimeHexal 4, tabl., 4 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990338146 |
| 1443 | Glimepiridum | GlimeHexal 6, tabl., 6 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990338207 |
| 1444 | Glimepiridum | Symglic, tabl., 1 mg | 30 szt. | 05909990570348 |
| 1445 | Glimepiridum | Symglic, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909990570355 |
| 1446 | Glimepiridum | Symglic, tabl., 3 mg | 30 szt. | 05909990570362 |
| 1447 | Glimepiridum | Symglic, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909990573196 |
| 1448 | Glimepiridum | Symglic, tabl., 6 mg | 30 szt. | 05909990570379 |
| 1449 | Glipizidum | Glipizide BP, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990791712 |
| 1450 | Glucagoni hydrochloridum | GlucaGen 1 mg HypoKit, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg | 1 fiol. | 05909990693313 |
| 1451 | Glyceroli trinitras | Nitromint, aerozol podjęzykowy, roztwór, 0,4 mg/dawkę | 11 g (200 daw.) | 05909990156825 |
| 1452 | Glyceroli trinitras | Sustonit, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 6,5 mg | 30 szt. | 05909990183036 |
| 1453 | Glycopyrronii bromidum | Seebri Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 44 µg | 30 kaps. + 1 inhalator | 05909991000882 |
| 1454 | Goserelinum | Reseligo, implant w amp.-strz., 10,8 mg | 1 szt. | 05909991256210 |
| 1455 | Goserelinum | Reseligo, implant w amp.-strz., 3,6 mg | 1 szt. | 05909991256197 |
| 1456 | Goserelinum | Xanderla LA, implant w amp.-strz., 10,8 mg | 1 amp.-strzyk. | 05909991335595 |
| 1457 | Goserelinum | Xanderla, implant w amp.-strz., 3,6 mg | 1 amp.-strzyk. | 05909991335564 |
| 1458 | Goserelinum | Zoladex LA, implant podskórny, 10,8 mg | 1 amp.-strz. | 05909990783212 |
| 1459 | Goserelinum | Zoladex, implant podskórny, 3,6 mg | 1 amp.-strz. | 05909990082315 |
| 1460 | Haloperidoli decanoas | Decaldol, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml | 5 amp.po 1 ml | 05909990077311 |
| 1461 | Haloperidolum | Haloperidol UNIA, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml | 1 but. po 10 ml | 05909990239412 |
| 1462 | Haloperidolum | Haloperidol WZF 0,2%, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml | 1 but.po 10 ml | 05909990969319 |
| 1463 | Haloperidolum | Haloperidol WZF, tabl., 1 mg | 40 tabl. (2 blist.po 20 szt.) | 05909990104017 |
| 1464 | Haloperidolum | Haloperidol WZF, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990722617 |
| 1465 | Hydrocortisonum | Hydrocortisonum-SF, tabl., 10 mg | 60 szt. | 05909991218140 |
| 1466 | Hydrocortizoni acetatas | Hydrocortisonum AFP, krem, 10 mg/g | 1 tuba po 15 g | 05909990950317 |
| 1467 | Hydroxycarbamidum | Hydroxycarbamid Teva, kaps., 500 mg | 100 szt. (1 but.) | 05909990836758 |
| 1468 | Hydroxycarbamidum | Hydroxyurea medac, kaps. twarde, 500 mg | 100 szt. | 05909990944927 |
| 1469 | Ibuprofenum | Ibuprofen Hasco, kaps. miękkie, 200 mg | 60 szt. | 05909990853540 |
| 1470 | Icatibantum | Firazyr, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml | 1 amp.-strz.po 3 ml | 05909990740635 |
| 1471 | Icatibantum | Icatibant Accord, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml | 1 amp.-strz.po 3 ml | 05055565774410 |
| 1472 | Icatibantum | Icatibant Fresenius, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 10 mg/ml | 1 amp.-strz.po 3 ml | 05909991485870 |
| 1473 | Icatibantum | Icatibant Medical Valley, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 10 mg/ml | 1 amp.-strz.po 3 ml | 05909991484712 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1474 | Icatibantum | Icatibant Zentiva, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml | 1 amp.-strz.po 3 ml | 05909991469306 |
| 1475 | Icatibantum | Ikatybant Ranbaxy, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 10 mg/ml | 1 amp.-strz.po 3 ml | 05909991474461 |
| 1476 | Indacaterolum + Glycopyrronii bromidum | Ultibro Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 85+43 µg | 30 szt. + inhal. | 05909991080921 |
| 1477 | Indakaterol + Glikopironium bromek + Mometazonu furoinian | Enerzair Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 114+46+136 mg | 30 szt. (30 x 1) | 07613421044596 |
| 1478 | Indakaterol + Mometazonu furoinian | Atectura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 125+127,5 mg | 30 szt. | 07613421045531 |
| 1479 | Indakaterol + Mometazonu furoinian | Atectura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 125+260 mg | 30 szt. | 07613421045548 |
| 1480 | Indakaterol + Mometazonu furoinian | Atectura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 125+62,5 mg | 30 szt. | 07613421045524 |
| 1481 | Indapamidum | Diuresin SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990975815 |
| 1482 | Indapamidum | Diuresin SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg | 60 szt. | 05909991276621 |
| 1483 | Indapamidum | Indapamide SR Genoptim, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg | 30 szt. | 05909990799398 |
| 1484 | Indapamidum | Indapen SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg | 30 szt. | 05909990665907 |
| 1485 | Indapamidum | Indapen, tabl. powl., 2,5 mg | 20 szt. | 05909990863013 |
| 1486 | Indapamidum | Indapres, tabl. powl., 2,5 mg | 30 szt. | 05909990223121 |
| 1487 | Indapamidum | Indix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1,5 mg | 30 szt. | 05909991025014 |
| 1488 | Indapamidum | Indix SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg | 90 szt. | 05908289660401 |
| 1489 | Indapamidum | Opamid, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg | 30 szt. | 05909990770182 |
| 1490 | Indapamidum | Rawel SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg | 30 szt. | 05909990424801 |
| 1491 | Indapamidum | Rawel SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg | 60 szt. | 05909990424849 |
| 1492 | Indapamidum | Symapamid SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg | 30 szt. | 05909990734993 |
| 1493 | Indapamidum | Tertensif SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg | 30 szt. (1 blist.po 30 szt.) | 05909990738212 |
| 1494 | 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 |
| 1495 | 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 |
| 1496 | Insulinum aspartum | Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909991306298 |
| 1497 | Insulinum aspartum | Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml | 1 fiol. a 10 ml | 05909991378059 |
| 1498 | Insulinum aspartum | Insulin aspart Sanofi, roztwór do wstrz., 100 j/ml | 10 wstrz. po 3 ml | 05909991429171 |
| 1499 | Insulinum aspartum | NovoMix 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990879915 |
| 1500 | Insulinum aspartum | NovoMix 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml | 5 wkł.po 3ml | 05909990614981 |
| 1501 | Insulinum aspartum | NovoRapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990451814 |
| 1502 | Insulinum aspartum | NovoRapid, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml | 1 fiol.po 10 ml | 05909991369668 |
| 1503 | Insulinum degludecum | Tresiba, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml | 10 wkł.po 3 ml | 05712249124441 |
| 1504 | Insulinum degludecum + Insulinum aspartum | Ryzodeg, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml Penfill | 05909991371562 |
| 1505 | Insulinum detemirum | Levemir, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml | 5 wkł.po 3 ml (Penfill) | 05909990005741 |
| 1506 | Insulinum glarginum | Abasaglar, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml | 10 wkł.po 3 ml | 05909991201982 |
| 1507 | Insulinum glarginum | Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml | 5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml | 05909990617555 |
| 1508 | Insulinum glarginum | Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml | 5 wkładów po 3 ml | 05909990895717 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1509 | Insulinum glarginum | Toujeo, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 300 j/ml | 10 wstrzykiwaczy SoloStar po 1,5 ml | 05909991231538 |
| 1510 | Insulinum glarginum + Lixisenatidum | Suliqua, roztwór do wstrzykiwań, 100+33 j/ml+mcg/ml | 3 wstrzykiwacze po 3 ml | 05909991315948 |
| 1511 | Insulinum glarginum + Lixisenatidum | Suliqua, roztwór do wstrzykiwań, 100+50 j/ml+mcg/ml | 3 wstrzykiwacze po 3 ml | 05909991315924 |
| 1512 | Insulinum glulisinum | Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml | 1 fiol.po 10 ml | 05909990008483 |
| 1513 | Insulinum glulisinum | Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990008575 |
| 1514 | Insulinum glulisinum | Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wstrz. SoloStar po 3 ml | 05909990617197 |
| 1515 | Insulinum humanum | Actrapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990237920 |
| 1516 | Insulinum humanum | Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990853113 |
| 1517 | Insulinum humanum | Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 10 wkł.po 3 ml | 05909990958566 |
| 1518 | Insulinum humanum | Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990853311 |
| 1519 | Insulinum humanum | Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 10 wkł.po 3 ml | 05909990958573 |
| 1520 | Insulinum humanum | Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990853519 |
| 1521 | Insulinum humanum | Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 10 wkł.po 3 ml | 05909990958580 |
| 1522 | Insulinum humanum | Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990852413 |
| 1523 | Insulinum humanum | Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 10 wkł.po 3 ml | 05909990958597 |
| 1524 | Insulinum humanum | Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990852116 |
| 1525 | Insulinum humanum | Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 10 wkł.po 3 ml | 05909990958603 |
| 1526 | Insulinum humanum | Humulin M3 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990246014 |
| 1527 | Insulinum humanum | Humulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990246717 |
| 1528 | Insulinum humanum | Humulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990247011 |
| 1529 | Insulinum humanum | Insulatard Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990348923 |
| 1530 | Insulinum humanum | Mixtard 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990238323 |
| 1531 | Insulinum humanum | Mixtard 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990348121 |
| 1532 | Insulinum humanum | Polhumin Mix - 2, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909991022921 |
| 1533 | Insulinum humanum | Polhumin Mix - 3, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909991023027 |
| 1534 | Insulinum humanum | Polhumin Mix - 4, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909991023126 |
| 1535 | Insulinum humanum | Polhumin Mix - 5, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909991023324 |
| 1536 | Insulinum humanum | Polhumin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909991022525 |
| 1537 | Insulinum humanum | Polhumin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909991022822 |
| 1538 | Insulinum lisprum | Humalog Mix25, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990455010 |
| 1539 | Insulinum lisprum | Humalog Mix50, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990455614 |
| 1540 | Insulinum lisprum | Humalog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990692422 |
| 1541 | Insulinum lisprum | Insulin Lispro Sanofi, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100 j./ml | 10 wstrz. 3 ml SoloStar | 05909991333553 |
| 1542 | Insulinum lisprum | Liprolog Junior KwikPen, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml | 5 wstrzyk. po 3 ml | 05907677973123 |
| 1543 | Insulinum lisprum | Liprolog KwikPen, roztwór do wstrz., 200 j.m./ml | 5 wstrzyk. po 3 ml | 05999885490165 |
| 1544 | Insulinum lisprum | Liprolog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 10 wkł.po 3 ml | 05909990005536 |
| 1545 | Ipratropii bromidum | Atrodil, aerozol inhalacyjny, roztwór, 20 µg | 1 poj.po 10 ml (200 daw.) | 05909991185879 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1546 | Ipratropii bromidum | Atrovent N, aerozol wziewny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 10 ml (200 daw.) | 05909990999019 |
| 1547 | Ipratropii bromidum | Atrovent, płyn do inhalacji z nebulizatora, 250 µg/ml | 1 but.po 20 ml | 05909990322114 |
| 1548 | Ipratropii bromidum | Ipravent Inhaler, aerozol wziewny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 200 daw. | 05909991306236 |
| 1549 | Isosorbidi mononitras | Mononit 10, tabl. powl., 10 mg | 60 szt. | 05909990010516 |
| 1550 | Isosorbidi mononitras | Mononit 100 retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg | 30 szt. | 05909991011727 |
| 1551 | Isosorbidi mononitras | Mononit 20, tabl. powl., 20 mg | 60 szt. | 05909990010622 |
| 1552 | Isosorbidi mononitras | Mononit 40, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 05909990010714 |
| 1553 | Isosorbidi mononitras | Mononit 60 retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg | 30 szt. | 05909991011529 |
| 1554 | Itraconazolum | Itrax, kaps. twarde, 100 mg | 4 szt. | 05909990858255 |
| 1555 | Itraconazolum | Itrax, kaps. twarde, 100 mg | 28 szt. | 05909990858262 |
| 1556 | Itraconazolum | Orungal, kaps., 100 mg | 4 szt. | 05909990004317 |
| 1557 | Itraconazolum | Orungal, kaps., 100 mg | 28 szt. | 05909990004331 |
| 1558 | Itraconazolum | Trioxal, kaps., 100 mg | 4 szt. | 05909991053819 |
| 1559 | Itraconazolum | Trioxal, kaps., 100 mg | 28 szt. | 05909991053826 |
| 1560 | Ivabradinum | Bixebra, tabl. powl., 5 mg | 56 szt. | 05909991427764 |
| 1561 | Ivabradinum | Bixebra, tabl. powl., 5 mg | 56 szt. | 05909991452278 |
| 1562 | Ivabradinum | Bixebra, tabl. powl., 5 mg | 56 szt. | 05909991465377 |
| 1563 | Ivabradinum | Bixebra, tabl. powl., 7,5 mg | 56 szt. | 05909991351274 |
| 1564 | Ivabradinum | Bixebra, tabl. powl., 7,5 mg | 56 szt. | 05909991427511 |
| 1565 | Ivabradinum | Bixebra, tabl. powl., 7,5 mg | 56 szt. | 05909991452285 |
| 1566 | Ivabradinum | Bixebra, tabl. powl., 7,5 mg | 56 szt. | 05909991466046 |
| 1567 | Ivabradinum | Bixebra, tabl., 5 mg | 56 szt. | 05909991286613 |
| 1568 | Ivabradinum | Bixebra, tabl., 7,5 mg | 56 szt. | 05909991286927 |
| 1569 | Ivabradinum | Ivabradine Anpharm, tabl. powl., 5 mg | 56 szt. | 05901878600772 |
| 1570 | Ivabradinum | Ivabradine Anpharm, tabl. powl., 5 mg | 56 szt. | 05909991264710 |
| 1571 | Ivabradinum | Ivabradine Anpharm, tabl. powl., 7,5 mg | 56 szt. | 05901878600789 |
| 1572 | Ivabradinum | Ivabradine Anpharm, tabl. powl., 7,5 mg | 56 szt. | 05909991264734 |
| 1573 | Ivabradinum | Ivabradine Aurovitas, tabl. powl., 5 mg | 56 szt. | 05909991348762 |
| 1574 | Ivabradinum | Ivabradine Mylan, tabl. powl., 5 mg | 56 szt. | 05909991322779 |
| 1575 | Ivabradinum | Ivabradine Mylan, tabl. powl., 7,5 mg | 56 szt. | 05909991322786 |
| 1576 | Ivabradinum | Ivabradine Ranbaxy, tabl. powl., 5 mg | 56 szt. | 05909991398606 |
| 1577 | Ivabradinum | Ivabradine Ranbaxy, tabl. powl., 7,5 mg | 56 szt. | 05909991398620 |
| 1578 | Ivabradinum | Ivabradine Zentiva, tabl. powl., 5 mg | 56 szt. | 05909991298586 |
| 1579 | Ivabradinum | Ivabradine Zentiva, tabl. powl., 7,5 mg | 56 szt. | 05909991298654 |
| 1580 | Ivabradinum | Ivohart, tabl. powl., 5 mg | 56 szt. | 05909991329785 |
| 1581 | Ivabradinum | Ivohart, tabl. powl., 5 mg | 112 szt. | 05909991329822 |
| 1582 | Ivabradinum | Ivohart, tabl. powl., 7,5 mg | 56 szt. | 05909991329853 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1583 | Ivabradinum | Ivohart, tabl. powl., 7,5 mg | 112 szt. | 05909991329891 |
| 1584 | Ivabradinum | Raenom, tabl. powl., 5 mg | 56 szt. | 05909991307349 |
| 1585 | Ivabradinum | Raenom, tabl. powl., 7,5 mg | 56 szt. | 05909991307370 |
| 1586 | Kalii chloridum | Kalipoz prolongatum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 391 mg | 60 szt. | 05909990257539 |
| 1587 | Kalii citras + Kalii hydrocarbonas | Kalium Effervescens bezcukrowy, granulat musujący, 782 mg jonów potasu/3 g | 20 sasz.po 3 g | 05909990269310 |
| 1588 | Kalii citras + Natrii citras + Acidum citricum | Citrolyt, granulat do sporządzania roztworu doustnego, 46,4+39,1+14,5 g/100 g | 220 g | 05909990210817 |
| 1589 | Ketoprofenum | Bi-Profenid, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 150 mg | 20 szt. | 05909990412112 |
| 1590 | Ketoprofenum | Febrofen, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 20 szt. | 05909990413317 |
| 1591 | Ketoprofenum | Ketokaps Med, kaps.miękkie, 100 mg | 60 szt. | 05904055005070 |
| 1592 | Ketoprofenum | Ketokaps Med, kaps.miękkie, 100 mg | 30 szt. | 05909991436056 |
| 1593 | Ketoprofenum | Ketonal Duo, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 30 szt. | 05909990064694 |
| 1594 | Ketoprofenum | Ketonal forte, tabl. powl., 100 mg | 30 szt. | 05909990046485 |
| 1595 | Ketoprofenum | Ketoprofen-SF, kaps. twarde, 100 mg | 20 szt. | 05909990794553 |
| 1596 | Ketoprofenum | Profenid, czopki, 100 mg | 10 szt. | 05909990098514 |
| 1597 | Ketoprofenum | Profenid, tabl. powl., 100 mg | 30 szt. | 05909990760718 |
| 1598 | Ketoprofenum | Refastin, tabl. powl., 100 mg | 30 szt. | 05909990675593 |
| 1599 | Lacidipine | Lapixen, tabl. powl., 2 mg | 56 szt. | 05907695215205 |
| 1600 | Lacidipine | Lapixen, tabl. powl., 2 mg | 28 szt. | 05909991134907 |
| 1601 | Lacidipine | Lapixen, tabl. powl., 4 mg | 56 szt. | 05907695215212 |
| 1602 | Lacidipine | Lapixen, tabl. powl., 4 mg | 28 szt. | 05909991134938 |
| 1603 | Lacidipine | Lapixen, tabl. powl., 6 mg | 56 szt. | 05907695215229 |
| 1604 | Lacidipine | Lapixen, tabl. powl., 6 mg | 28 szt. | 05909991134969 |
| 1605 | Lacidipinum | Lacipil, tabl. powl., 2 mg | 28 szt. | 05909990650521 |
| 1606 | Lacidipinum | Lacipil, tabl. powl., 4 mg | 28 szt. | 05909990650620 |
| 1607 | Lacidipinum | Lacipil, tabl. powl., 6 mg | 28 szt. | 05909990625697 |
| 1608 | Lacidipinum | Lacydyna, tabl. powl., 4 mg | 28 szt. | 05909991105563 |
| 1609 | Lacidipinum | Lacydyna, tabl. powl., 6 mg | 28 szt. | 05909991105549 |
| 1610 | Lacosamidum | Epilantin, tabl. powl., 100 mg | 56 szt. | 05909991494551 |
| 1611 | Lacosamidum | Epilantin, tabl. powl., 150 mg | 56 szt. | 05909991494582 |
| 1612 | Lacosamidum | Epilantin, tabl. powl., 200 mg | 56 szt. | 05909991494612 |
| 1613 | Lacosamidum | Epilantin, tabl. powl., 50 mg | 14 szt. | 05909991494506 |
| 1614 | Lacosamidum | Lacosamide Accord, tabletka powlekana, 100 mg | 56 tabl. w blistrze | 05055565743331 |
| 1615 | Lacosamidum | Lacosamide Accord, tabletka powlekana, 150 mg | 56 tabl. w blistrze | 05055565743348 |
| 1616 | Lacosamidum | Lacosamide Accord, tabletka powlekana, 200 mg | 56 tabl. w blistrze | 05055565743355 |
| 1617 | Lacosamidum | Lacosamide Accord, tabletka powlekana, 50 mg | 14 tabl. w blistrze | 05055565743324 |
| 1618 | Lacosamidum | Lacosamide Glenmark, tabl. powl., 100 mg | 56 szt. | 05902020241591 |
| 1619 | Lacosamidum | Lacosamide Glenmark, tabl. powl., 150 mg | 56 szt. | 05902020241607 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1620 | Lacosamidum | Lacosamide Glenmark, tabl. powl., 200 mg | 56 szt. | 05902020241614 |
| 1621 | Lacosamidum | Lacosamide Glenmark, tabl. powl., 50 mg | 14 szt. | 05902020241584 |
| 1622 | Lacosamidum | Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powl., 100 mg | 56 tabl. | 04260598450540 |
| 1623 | Lacosamidum | Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powl., 150 mg | 56 tabl. | 04260598450557 |
| 1624 | Lacosamidum | Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powl., 200 mg | 56 tabl. | 04260598450564 |
| 1625 | Lacosamidum | Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powl., 50 mg | 14 tabl. | 04260598450533 |
| 1626 | Lacosamidum | Lacosamide Teva, tabl. powl., 100 mg | 56 szt. | 05909991358358 |
| 1627 | Lacosamidum | Lacosamide Teva, tabl. powl., 150 mg | 56 szt. | 05909991358365 |
| 1628 | Lacosamidum | Lacosamide Teva, tabl. powl., 200 mg | 56 szt. | 05909991358372 |
| 1629 | Lacosamidum | Lacosamide Teva, tabl. powl., 50 mg | 14 szt. | 05909991358341 |
| 1630 | Lacosamidum | Trelema, tabl. powl., 100 mg | 56 tabl. | 05909991384234 |
| 1631 | Lacosamidum | Trelema, tabl. powl., 150 mg | 56 tabl. | 05909991384241 |
| 1632 | Lacosamidum | Trelema, tabl. powl., 200 mg | 56 tabl. | 05909991384258 |
| 1633 | Lacosamidum | Trelema, tabl. powl., 50 mg | 14 tabl. | 05909991384197 |
| 1634 | Lacosamidum | Vimpat, syrop, 10 mg/ml | 200 ml (but.) | 05909990935505 |
| 1635 | Lamotriginum | Epitrigine 100 mg tabletki, tabl., 100 mg | 30 szt. | 05909990334766 |
| 1636 | Lamotriginum | Epitrigine 50 mg tabletki, tabl., 50 mg | 30 szt. | 05909990334759 |
| 1637 | Lamotriginum | Lamilept, tabl., 100 mg | 30 szt. | 05909990038480 |
| 1638 | Lamotriginum | Lamilept, tabl., 100 mg | 30 szt. | 05909991496296 |
| 1639 | Lamotriginum | Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 100 mg | 30 szt. | 05909990787319 |
| 1640 | Lamotriginum | Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 25 mg | 30 szt. | 05909990787210 |
| 1641 | Lamotriginum | Lamitrin, tabl., 100 mg | 30 szt. | 05909990346318 |
| 1642 | Lamotriginum | Lamitrin, tabl., 100 mg | 60 szt. | 05909990346325 |
| 1643 | Lamotriginum | Lamotrix, tabl., 100 mg | 90 szt. | 05909990961092 |
| 1644 | Lamotriginum | Lamotrix, tabl., 100 mg | 30 szt. | 05909991006617 |
| 1645 | Lamotriginum | Lamotrix, tabl., 25 mg | 30 szt. | 05909991006419 |
| 1646 | Lamotriginum | Lamotrix, tabl., 50 mg | 30 szt. | 05909991006518 |
| 1647 | Lamotriginum | Symla, tabl., 100 mg | 30 szt. | 05909990972616 |
| 1648 | Lamotriginum | Symla, tabl., 25 mg | 30 szt. | 05909990972418 |
| 1649 | Lamotriginum | Symla, tabl., 50 mg | 30 szt. | 05909990972517 |
| 1650 | Lanreotidum | Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg | 1 amp.-strz.po 0,5 ml | 05909991094614 |
| 1651 | Lanreotidum | Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg | 1 amp.-strz.po 0,5 ml | 05909991094515 |
| 1652 | Lansoprazolum | Lanzul S, kaps., 15 mg | 28 szt. | 05909990869817 |
| 1653 | Lansoprazolum | Lanzul, kaps., 30 mg | 28 szt. | 05909990727032 |
| 1654 | Lansoprazolum | Zalanzo, kaps. dojel. twarde, 15 mg | 28 szt. | 05909990064045 |
| 1655 | Lansoprazolum | Zalanzo, kaps. dojel. twarde, 30 mg | 28 szt. | 05909990064076 |
| 1656 | Latanoprostum | Akistan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml | 1 but.po 2,5 ml | 05909990995479 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1657 | Latanoprostum | Akistan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml | 3 but.po 2,5 ml | 05909991189792 |
| 1658 | Latanoprostum | Latalux, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml | 1 but.po 2,5 ml | 05909990813582 |
| 1659 | Latanoprostum | Latanoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml | 1 but.po 2,5 ml | 05909990931873 |
| 1660 | Latanoprostum | Monoprost, krople do oczu, roztwór w pojemniku jednodawkowym, 50 µg/ml | 30 poj. | 05909991019693 |
| 1661 | Latanoprostum | Monoprost, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml | 90 szt. | 05909991019709 |
| 1662 | Latanoprostum | Rozaprost Mono, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml | 30 poj. | 05909991102883 |
| 1663 | Latanoprostum | Rozaprost Mono, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml | 90 poj. | 05909991102890 |
| 1664 | Latanoprostum | Rozaprost, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/1 ml | 1 but.po 2,5 ml | 05909990841448 |
| 1665 | Latanoprostum | Rozaprost, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml | 3 but.po 2,5 ml | 05900411001298 |
| 1666 | Latanoprostum | Xalatan, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml | 3 but.a 2,5 ml | 05909990411825 |
| 1667 | Latanoprostum | Xalatan, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml (0,005%) | 2,5 ml (but.) | 05909990411818 |
| 1668 | Latanoprostum | Xalofree, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml | 1 but.a 7,5 ml | 05900257102555 |
| 1669 | Latanoprostum | Xaloptic Free, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml | 30 szt. | 05909991220365 |
| 1670 | Latanoprostum | Xaloptic Free, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml | 90 szt. | 05909991220396 |
| 1671 | Latanoprostum | Xaloptic, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml | 3 but.po 2,5 ml | 05903060601673 |
| 1672 | Latanoprostum | Xaloptic, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml | 2,5 ml (but.) | 05909990741311 |
| 1673 | Latanoprostum + Timololum | Akistan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml | 1 but. po 2,5 ml | 05909991429249 |
| 1674 | Latanoprostum + Timololum | Akistan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml | 3 but.po 2,5 ml | 05909991429256 |
| 1675 | Latanoprostum + Timololum | Latacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml | 3 but.po 2,5 ml | 05906414000948 |
| 1676 | Latanoprostum + Timololum | Latacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml | 1 but.po 2,5 ml | 05909990879687 |
| 1677 | Latanoprostum + Timololum | Latanoprost Timolol Genoptim, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml | 1 but. po 2,5 ml | 05909991306649 |
| 1678 | Latanoprostum + Timololum | Tilaprox, krople do oczu, 50+5 µg/ml + mg/ml | 2,5 ml | 05909990946587 |
| 1679 | Latanoprostum + Timololum | Xalacom, krople do oczu, roztwór, 0,05+5 mg/ml | 3 but.a 2,5 ml | 05415062343609 |
| 1680 | Latanoprostum + Timololum | Xalacom, krople do oczu, roztwór, 0,05+5 mg/ml | 2,5 ml (but.) | 05909991057213 |
| 1681 | Latanoprostum + Timololum | Xaloptic Combi, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml | 3 but.po 2,5 ml | 05903060606630 |
| 1682 | Latanoprostum + Timololum | Xaloptic Combi, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml | 1 but.po 2,5 ml | 05909990894543 |
| 1683 | Leflunomidum | Arava, tabl. powl., 10 mg | 30 tabl. (but.) | 05909990977826 |
| 1684 | Leflunomidum | Arava, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05901878600482 |
| 1685 | Leflunomidum | Arava, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05903792743399 |
| 1686 | Leflunomidum | Arava, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. (but.) | 05909990977925 |
| 1687 | Leflunomidum | Leflunomid Bluefish, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909991309138 |
| 1688 | Leflunomidum | Leflunomid Bluefish, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909991309145 |
| 1689 | Leflunomidum | Leflunomid Egis, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05995327191980 |
| 1690 | Leflunomidum | Leflunomid Egis, tabl. powl., 15 mg | 30 szt. | 05995327192031 |
| 1691 | Leflunomidum | Leflunomid Egis, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05995327192079 |
| 1692 | Leflunomidum | Leflunomide medac, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 04037353010604 |
| 1693 | Leflunomidum | Leflunomide medac, tabl. powl., 15 mg | 30 szt. | 04037353015388 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1694 | Leflunomidum | Leflunomide medac, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 04037353010628 |
| 1695 | Leflunomidum | Leflunomide Orion, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909991510466 |
| 1696 | Leflunomidum | Leflunomide Sandoz, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909990858651 |
| 1697 | Letrozolum | Aromek, tabl. powl., 2,5 mg | 30 szt. | 05909991060718 |
| 1698 | Letrozolum | Clarzole, tabl. powl., 2,5 mg | 30 szt. | 05909990799923 |
| 1699 | Letrozolum | Etruzil, tabl. powl., 2,5 mg | 30 szt. | 05909990710201 |
| 1700 | Letrozolum | Etruzil, tabl. powl., 2,5 mg | 90 szt. | 05909990710256 |
| 1701 | Letrozolum | Lametta, tabl. powl., 2,5 mg | 30 szt. | 05909991061111 |
| 1702 | Letrozolum | Letrozole Aurovitas/Letrozole Eugia, tabl. powl., 2,5 mg | 120 szt. | 05909991466138 |
| 1703 | Letrozolum | Letrozole Aurovitas/Letrozole Eugia, tabl. powl., 2,5 mg | 30 szt. | 05909991466145 |
| 1704 | Letrozolum | Letrozole Bluefish, tabl. powl., 2,5 mg | 30 szt. | 05909990794683 |
| 1705 | Leuprorelinum | Eligard 22,5 mg, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 22,5 mg | 1 zest. (tacki) | 05909990075751 |
| 1706 | Leuprorelinum | Eligard 45 mg, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 45 mg | 1 zest. (2 strz.napeł.) | 05909990634057 |
| 1707 | Leuprorelinum | Leuprostin, implant, 3,6 mg | 1 implant | 05909990836246 |
| 1708 | Leuprorelinum | Leuprostin, implant, 5 mg | 1 implant | 05909990836277 |
| 1709 | Leuprorelinum | Librexa, implant w amp.-strzyk., 11,25 mg | 1 amp.-strzyk. | 05906720536582 |
| 1710 | Levetiracetamum | Cezarius, roztwór doustny, 100 mg/ml | 300 ml | 05909990928149 |
| 1711 | Levetiracetamum | Cezarius, tabl. powl., 1000 mg | 50 szt. | 05909990928248 |
| 1712 | Levetiracetamum | Cezarius, tabl. powl., 250 mg | 50 szt. | 05909990928200 |
| 1713 | Levetiracetamum | Cezarius, tabl. powl., 500 mg | 50 szt. | 05909990928224 |
| 1714 | Levetiracetamum | Cezarius, tabl. powl., 750 mg | 50 szt. | 05909990928231 |
| 1715 | Levetiracetamum | Keppra, roztwór doustny, 100 mg/ml | 1 butelka 300 ml + 1 strzykawka 10 ml | 05909990006755 |
| 1716 | Levetiracetamum | Levebon, tabl. powl., 1000 mg | 50 szt. | 05909990989805 |
| 1717 | Levetiracetamum | Levebon, tabl. powl., 500 mg | 50 szt. | 05909990989379 |
| 1718 | Levetiracetamum | Levetiracetam Accord, roztwór doustny, 100 mg/ml | 1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml | 05909991374501 |
| 1719 | Levetiracetamum | Levetiracetam Accord, tabl. powl., 1000 mg | 50 szt. | 05909990921737 |
| 1720 | Levetiracetamum | Levetiracetam Accord, tabl. powl., 1000 mg | 100 szt. | 05909990921751 |
| 1721 | Levetiracetamum | Levetiracetam Accord, tabl. powl., 250 mg | 50 szt. | 05909990921492 |
| 1722 | Levetiracetamum | Levetiracetam Accord, tabl. powl., 500 mg | 50 szt. | 05909990921577 |
| 1723 | Levetiracetamum | Levetiracetam Accord, tabl. powl., 500 mg | 100 szt. | 05909990921591 |
| 1724 | Levetiracetamum | Levetiracetam Accord, tabl. powl., 750 mg | 50 szt. | 05909990921652 |
| 1725 | Levetiracetamum | Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 250 mg | 100 szt. | 05909990921522 |
| 1726 | Levetiracetamum | Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 750 mg | 100 szt. | 05909990921676 |
| 1727 | Levetiracetamum | Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 1000 mg | 50 szt. | 05909990971305 |
| 1728 | Levetiracetamum | Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 250 mg | 50 szt. | 05909990970957 |
| 1729 | Levetiracetamum | Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 500 mg | 50 szt. | 05909990971060 |
| 1730 | Levetiracetamum | Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 750 mg | 50 szt. | 05909990971183 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1731 | Levetiracetamum | Levetiracetam NeuroPharma, roztwór doustny, 100 mg/ml | 300 ml (but.) | 05909990958672 |
| 1732 | Levetiracetamum | Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 1000 mg | 50 szt. | 05909990959129 |
| 1733 | Levetiracetamum | Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 1000 mg | 100 szt. | 05909990959167 |
| 1734 | Levetiracetamum | Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 500 mg | 50 szt. | 05909990958986 |
| 1735 | Levetiracetamum | Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 500 mg | 100 szt. | 05909990959037 |
| 1736 | Levetiracetamum | Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 750 mg | 50 szt. | 05909990958856 |
| 1737 | Levetiracetamum | Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 750 mg | 100 szt. | 05909990958894 |
| 1738 | Levetiracetamum | Normeg, tabl. powl., 1000 mg | 50 szt. | 05909990998302 |
| 1739 | Levetiracetamum | Normeg, tabl. powl., 1000 mg | 100 szt. | 05909990998357 |
| 1740 | Levetiracetamum | Normeg, tabl. powl., 250 mg | 50 szt. | 05909990998135 |
| 1741 | Levetiracetamum | Normeg, tabl. powl., 500 mg | 50 szt. | 05909990998180 |
| 1742 | Levetiracetamum | Normeg, tabl. powl., 500 mg | 100 szt. | 05909990998203 |
| 1743 | Levetiracetamum | Normeg, tabl. powl., 750 mg | 50 szt. | 05909990998258 |
| 1744 | Levetiracetamum | Normeg, tabl. powl., 750 mg | 100 szt. | 05909990998272 |
| 1745 | Levetiracetamum | Polkepral, tabl. powl., 1000 mg | 50 szt. | 05909991031992 |
| 1746 | Levetiracetamum | Polkepral, tabl. powl., 1000 mg | 100 szt. | 05909991032043 |
| 1747 | Levetiracetamum | Polkepral, tabl. powl., 250 mg | 50 szt. | 05909991031497 |
| 1748 | Levetiracetamum | Polkepral, tabl. powl., 500 mg | 50 szt. | 05909991031602 |
| 1749 | Levetiracetamum | Polkepral, tabl. powl., 500 mg | 100 szt. | 05909991031640 |
| 1750 | Levetiracetamum | Polkepral, tabl. powl., 750 mg | 50 szt. | 05909991031886 |
| 1751 | Levetiracetamum | Trund, tabl. powl., 1000 mg | 50 szt. | 05909990925940 |
| 1752 | Levetiracetamum | Trund, tabl. powl., 1000 mg | 100 szt. | 05909990925957 |
| 1753 | Levetiracetamum | Trund, tabl. powl., 250 mg | 50 szt. | 05909990925858 |
| 1754 | Levetiracetamum | Trund, tabl. powl., 500 mg | 50 szt. | 05909990925872 |
| 1755 | Levetiracetamum | Trund, tabl. powl., 500 mg | 100 szt. | 05909990925889 |
| 1756 | Levetiracetamum | Trund, tabl. powl., 750 mg | 50 szt. | 05909990925926 |
| 1757 | Levetiracetamum | Vetira, roztwór doustny , 100 mg/ml | 1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml | 05909990935901 |
| 1758 | Levetiracetamum | Vetira, roztwór doustny, 100 mg/ml | 150 ml | 05909990935895 |
| 1759 | Levetiracetamum | Vetira, tabl. powl., 1000 mg | 50 szt. | 05909990936250 |
| 1760 | Levetiracetamum | Vetira, tabl. powl., 250 mg | 50 szt. | 05909990935956 |
| 1761 | Levetiracetamum | Vetira, tabl. powl., 500 mg | 50 szt. | 05909990936052 |
| 1762 | Levetiracetamum | Vetira, tabl. powl., 750 mg | 50 szt. | 05909990936151 |
| 1763 | Levocetirizine | Zyx, tabl. powl., 5 mg | 56 szt. | 05907695215014 |
| 1764 | Levocetirizini dihydrochloridum | Alergimed, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 08595566452292 |
| 1765 | Levocetirizini dihydrochloridum | Cezera, tabl. powl., 5 mg | 20 szt. | 05909990656929 |
| 1766 | Levocetirizini dihydrochloridum | Cezera, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909990656936 |
| 1767 | Levocetirizini dihydrochloridum | Cezera, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909990656943 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1768 | Levocetirizini dihydrochloridum | Cezera, tabl. powl., 5 mg | 90 szt. | 05909991192600 |
| 1769 | Levocetirizini dihydrochloridum | Cezera, tabl. powl., 5 mg | 90 tabl. | 05909991449186 |
| 1770 | Levocetirizini dihydrochloridum | Cezera, tabl. powl., 5 mg | 90 szt. | 05909991462475 |
| 1771 | Levocetirizini dihydrochloridum | Contrahist, roztwór doustny, 0,5 mg/ml | 1 but.po 200 ml | 05909990904099 |
| 1772 | Levocetirizini dihydrochloridum | Contrahist, tabl. powl., 5 mg | 56 szt. | 05906414000726 |
| 1773 | Levocetirizini dihydrochloridum | Contrahist, tabl. powl., 5 mg | 84 szt. | 05906414000733 |
| 1774 | Levocetirizini dihydrochloridum | Contrahist, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909990904129 |
| 1775 | Levocetirizini dihydrochloridum | Lirra, roztwór doustny, 0,5 mg/ml | 1 but.po 200 ml | 05902020241713 |
| 1776 | Levocetirizini dihydrochloridum | Lirra, tabl. powl., 5 mg | 56 szt. | 05902020241133 |
| 1777 | Levocetirizini dihydrochloridum | Lirra, tabl. powl., 5 mg | 84 szt. | 05902020241140 |
| 1778 | Levocetirizini dihydrochloridum | Lirra, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909990790807 |
| 1779 | Levocetirizini dihydrochloridum | Nossin, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909991060589 |
| 1780 | Levocetirizini dihydrochloridum | Xyzal 0,5 mg/ml roztwór doustny, roztwór doustny, 0,5 mg/ml | 1 but.po 200 ml | 05909990619627 |
| 1781 | Levocetirizini dihydrochloridum | Xyzal 0,5 mg/ml roztwór doustny, roztwór doustny, 0,5 mg/ml | 1 but.po 200 ml | 05909991358105 |
| 1782 | Levocetirizini dihydrochloridum | Zenaro, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909990781720 |
| 1783 | Levocetirizini dihydrochloridum | Zyx, tabl. powl., 5 mg | 84 szt. | 05907695215267 |
| 1784 | Levocetirizini dihydrochloridum | Zyx, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909990765034 |
| 1785 | Levodopum + Benserazidum | Madopar 125 mg, kaps., 100+25 mg | 100 szt. | 05909990095018 |
| 1786 | Levodopum + Benserazidum | Madopar 125 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej, 100+25 mg | 100 szt. | 05909990748723 |
| 1787 | Levodopum + Benserazidum | Madopar 250 mg, tabl., 200+50 mg | 100 szt. | 05909990095117 |
| 1788 | Levodopum + Benserazidum | Madopar 62,5 mg, kaps., 50+12,5 mg | 100 szt. | 05909990094912 |
| 1789 | Levodopum + Benserazidum | Madopar 62,5 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej, 50+12,5 mg | 100 szt. | 05909990748624 |
| 1790 | Levodopum + Benserazidum | Madopar HBS, kaps., 100+25 mg | 100 szt. | 05909990377510 |
| 1791 | Levodopum + Benserazidum | Madopar, kaps., 200+50 mg | 100 szt. | 05909990095216 |
| 1792 | Levodopum + Benserazidum | Xevoben XR, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 100+25 mg | 100 szt. | 05905701070282 |
| 1793 | Levodopum + Benserazidum | Xevoben, tabl., 100+25 mg | 100 szt. | 05905701070206 |
| 1794 | Levodopum + Benserazidum | Xevoben, tabl., 200+50 mg | 100 szt. | 05905701070237 |
| 1795 | Levodopum + Benserazidum | Xevoben, tabl., 50+12,5 mg | 100 szt. | 05905701070145 |
| 1796 | Levodopum + Carbidopum | Nakom Mite, tabl., 100+25 mg | 100 szt. | 05909990175314 |
| 1797 | Levodopum + Carbidopum | Nakom, tabl., 250+25 mg | 100 szt. | 05909990175215 |
| 1798 | Levomepromazinum | Tisercin, tabl. powl., 25 mg | 50 szt. | 05909990193912 |
| 1799 | Levothyroxinum natricum | Althyxin, tabl., 100 µg | 50 szt. | 05909991439699 |
| 1800 | Levothyroxinum natricum | Althyxin, tabl., 100 µg | 100 szt. | 05909991439705 |
| 1801 | Levothyroxinum natricum | Althyxin, tabl., 125 µg | 50 szt. | 05909991439712 |
| 1802 | Levothyroxinum natricum | Althyxin, tabl., 125 µg | 100 szt. | 05909991439729 |
| 1803 | Levothyroxinum natricum | Althyxin, tabl., 150 µg | 50 szt. | 05909991439736 |
| 1804 | Levothyroxinum natricum | Althyxin, tabl., 150 µg | 100 szt. | 05909991439743 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1805 | Levothyroxinum natricum | Althyxin, tabl., 175 µg | 50 szt. | 05909991439750 |
| 1806 | Levothyroxinum natricum | Althyxin, tabl., 200 µg | 50 szt. | 05909991439774 |
| 1807 | Levothyroxinum natricum | Althyxin, tabl., 75 µg | 50 szt. | 05909991439675 |
| 1808 | Levothyroxinum natricum | Althyxin, tabl., 75 µg | 100 szt. | 05909991439682 |
| 1809 | Levothyroxinum natricum | Eferox, tabl., 100 µg | 50 szt. | 05909991431907 |
| 1810 | Levothyroxinum natricum | Eferox, tabl., 100 µg | 100 szt. | 05909991431914 |
| 1811 | Levothyroxinum natricum | Eferox, tabl., 50 µg | 50 szt. | 05909991431884 |
| 1812 | Levothyroxinum natricum | Eferox, tabl., 50 µg | 100 szt. | 05909991431891 |
| 1813 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 100, tabl., 100 µg | 50 szt. | 05909991051419 |
| 1814 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 100, tabl., 100 µg | 100 szt. | 05909991051426 |
| 1815 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 112 µg, tabl., 112 µg | 50 szt. | 05909990719006 |
| 1816 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 125, tabl., 125 µg | 50 szt. | 05909991051518 |
| 1817 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 125, tabl., 125 µg | 100 szt. | 05909991051525 |
| 1818 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 137 µg, tabl., 137 µg | 50 szt. | 05909990719037 |
| 1819 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 150, tabl., 150 µg | 50 szt. | 05909991051617 |
| 1820 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 150, tabl., 150 µg | 100 szt. | 05909991051624 |
| 1821 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 175, tabl., 175 µg | 50 szt. | 05909991051716 |
| 1822 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 200, tabl., 200 µg | 50 szt. | 05909991051815 |
| 1823 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 25, tabl., 25 µg | 50 szt. | 05909991051112 |
| 1824 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 25, tabl., 25 µg | 100 szt. | 05909991051129 |
| 1825 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 50, tabl., 50 µg | 50 szt. | 05909991051211 |
| 1826 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 50, tabl., 50 µg | 100 szt. | 05909991051228 |
| 1827 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 75, tabl., 75 µg | 50 szt. | 05909991051310 |
| 1828 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 75, tabl., 75 µg | 100 szt. | 05909991051327 |
| 1829 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 88 µg, tabl., 88 µg | 50 szt. | 05909990718986 |
| 1830 | Levothyroxinum natricum | Letrox 100, tabl., 100 µg | 50 szt. | 05909990168910 |
| 1831 | Levothyroxinum natricum | Letrox 125 mikrogramów, tabl., 125 µg | 50 szt. | 05909991107307 |
| 1832 | Levothyroxinum natricum | Letrox 150, tabl., 150 µg | 50 szt. | 05909990820610 |
| 1833 | Levothyroxinum natricum | Letrox 50, tabl., 50 µg | 50 szt. | 05909990374014 |
| 1834 | Levothyroxinum natricum | Letrox 75 mikrogramów, tabl., 75 µg | 50 szt. | 05909991107260 |
| 1835 | Lisinoprilum | LisiHEXAL 10, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991013417 |
| 1836 | Lisinoprilum | LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg | 30 szt. | 05909991013516 |
| 1837 | Lisinoprilum | LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg | 30 szt. | 05909991357337 |
| 1838 | Lisinoprilum | LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg | 30 szt. | 05909991365691 |
| 1839 | Lisinoprilum | LisiHEXAL 5, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909991013318 |
| 1840 | Lisinoprilum | Lisinoratio 10, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990939817 |
| 1841 | Lisinoprilum | Lisinoratio 20, tabl., 20 mg | 30 szt. | 05909990939916 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1842 | Lisinoprilum | Lisinoratio 20, tabl., 20 mg | 30 szt. | 05909991427160 |
| 1843 | Lisinoprilum | Lisinoratio 5, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990939718 |
| 1844 | Lisinoprilum | Lisiprol, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909990682447 |
| 1845 | Lisinoprilum | Lisiprol, tabl., 20 mg | 28 szt. | 05909990682461 |
| 1846 | Lisinoprilum | Lisiprol, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909990682409 |
| 1847 | Lisinoprilum | Ranopril, tabl., 10 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909991133122 |
| 1848 | Lisinoprilum | Ranopril, tabl., 20 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909991133023 |
| 1849 | Lisinoprilum | Ranopril, tabl., 5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909991132927 |
| 1850 | Lisinoprilum + Amlodipinum | Dironorm, tabl., 10+5 mg | 30 szt. | 05909990701803 |
| 1851 | Lisinoprilum + Amlodipinum | Dironorm, tabl., 20+10 mg | 30 szt. | 05909990761685 |
| 1852 | Lisinoprilum + Amlodipinum | Dironorm, tabl., 20+5 mg | 30 szt. | 05909990970520 |
| 1853 | Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum | Lisiprol HCT, tabl., 10+12,5 mg | 30 szt. | 05909990708352 |
| 1854 | Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum | Lisiprol HCT, tabl., 20+12,5 mg | 30 szt. | 05909990708369 |
| 1855 | Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum | Lisiprol HCT, tabl., 20+25 mg | 28 szt. | 05909991167714 |
| 1856 | Lithii carbonas | Lithium Carbonicum GSK, tabl., 250 mg | 60 szt. | 05909990148714 |
| 1857 | Loperamidi hydrochloridum | Loperamid WZF, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909990038220 |
| 1858 | Loratadinum | Flonidan, tabl., 10 mg | 60 szt. | 05909990223343 |
| 1859 | Loratadinum | Flonidan, tabl., 10 mg | 90 szt. | 05909990223350 |
| 1860 | Loratadinum | Flonidan, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990739233 |
| 1861 | Loratadinum | Flonidan, zawiesina doustna, 1 mg/ml | 120 ml | 05909990739318 |
| 1862 | Loratadinum | Loratadyna Galena, tabl., 10 mg | 60 szt. | 05909990670253 |
| 1863 | Loratadinum | Loratadyna Galena, tabl., 10 mg | 90 szt. | 05909990670260 |
| 1864 | Loratadinum | Loratadyna Galena, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990795420 |
| 1865 | Loratadinum | Loratan, kaps. miękkie, 10 mg | 30 szt. | 05909990909049 |
| 1866 | Loratadinum | Loratan, syrop, 5 mg/5 ml | 125 ml | 05909990839018 |
| 1867 | Losartan potassium | Losacor, tabl. powl., 50 mg | 30 szt. | 05909991055110 |
| 1868 | Losartanum | Cozaar, tabl. powl., 50 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990674411 |
| 1869 | Losartanum + Hydrochlorothiazidum | Hyzaar, tabl. powl., 50+12,5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990433612 |
| 1870 | Losartanum kalicum | Cozaar, tabl. powl., 100 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909991073428 |
| 1871 | Losartanum kalicum | Lorista, tabl. powl., 100 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990638659 |
| 1872 | Losartanum kalicum | Lorista, tabl. powl., 50 mg | 56 szt. (4 blist.po 14 szt.) | 05909990649112 |
| 1873 | Losartanum kalicum | Lorista, tabl. powl., 50 mg | 84 szt. (6 blist.po 14 szt.) | 05909990649129 |
| 1874 | Losartanum kalicum | Lorista, tabl. powl., 50 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990818914 |
| 1875 | Losartanum kalicum | Losartan Genoptim, tabl. powl., 50 mg | 28 szt. | 05909991296940 |
| 1876 | Losartanum kalicum | Losartan KRKA, tabl. powl., 50 mg | 30 szt. | 05909990956654 |
| 1877 | Losartanum kalicum | Losartic, tabl. powl., 50 mg | 28 szt. | 05909990621439 |
| 1878 | Losartanum kalicum | Lozap 50, tabl. powl., 50 mg | 30 szt. | 05909990573905 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1879 | Losartanum kalicum | Presartan, tabl. powl., 50 mg | 30 szt. | 05909990724345 |
| 1880 | Losartanum kalicum | Xartan, tabl. powl., 50 mg | 30 szt. | 05909990481118 |
| 1881 | Losartanum kalicum + Amlodipinum | Alortia, tabl. powl., 100+10 mg | 30 szt. | 05909991105853 |
| 1882 | Losartanum kalicum + Amlodipinum | Alortia, tabl. powl., 100+5 mg | 30 szt. | 05909991105785 |
| 1883 | Losartanum kalicum + Amlodipinum | Alortia, tabl. powl., 50+10 mg | 30 szt. | 05909991105723 |
| 1884 | Losartanum kalicum + Amlodipinum | Alortia, tabl. powl., 50+10 mg | 60 szt. | 05909991105747 |
| 1885 | Losartanum kalicum + Amlodipinum | Alortia, tabl. powl., 50+10 mg | 90 szt. | 05909991105761 |
| 1886 | Losartanum kalicum + Amlodipinum | Alortia, tabl. powl., 50+5 mg | 30 szt. | 05909991105655 |
| 1887 | Losartanum kalicum + Amlodipinum | Alortia, tabl. powl., 50+5 mg | 60 szt. | 05909991105679 |
| 1888 | Losartanum kalicum + Amlodipinum | Alortia, tabl. powl., 50+5 mg | 90 szt. | 05909991105693 |
| 1889 | Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum | Hyzaar Forte, tabl. powl., 100+25 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990970513 |
| 1890 | Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum | Lorista H, tabl. powl., 50+12,5 mg | 28 szt. | 05909990337392 |
| 1891 | Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum | Lorista H, tabl. powl., 50+12,5 mg | 56 szt. (4 blist.po 14 szt.) | 05909990686339 |
| 1892 | Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum | Lorista H, tabl. powl., 50+12,5 mg | 84 szt. (6 blist.po 14 szt.) | 05909990686360 |
| 1893 | Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum | Lorista HD, tabl. powl., 100+25 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990645565 |
| 1894 | Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum | Lorista HL, tabl. powl., 100+12,5 mg | 28 szt. | 05909990816484 |
| 1895 | Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum | Lozap HCT, tabl. powl., 50+12,5 mg | 30 szt. | 05909990611980 |
| 1896 | Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum | Presartan H, tabl. powl., 100+25 mg | 30 szt. | 05909990721894 |
| 1897 | Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum | Presartan H, tabl. powl., 50+12,5 mg | 30 szt. | 05909990721641 |
| 1898 | Lovastatin | Liprox, tabl., 20 mg | 28 szt. | 05909990842315 |
| 1899 | Lovastatinum | Lovasterol, tabl., 20 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990422159 |
| 1900 | Lurasidonum | Latuda, tabl. powl., 18,5 mg | 28 szt. | 05909991108670 |
| 1901 | Lurasidonum | Latuda, tabl. powl., 37 mg | 28 szt. | 05909991108762 |
| 1902 | Lurasidonum | Latuda, tabl. powl., 74 mg | 28 szt. | 05909991108878 |
| 1903 | Mazipredonum + Miconazoli nitras | Mycosolon, maść, 20+2,5 mg/g | 15 g | 05909990129812 |
| 1904 | Mebendazolum | Vermox, tabl., 100 mg | 6 szt. | 05909990250615 |
| 1905 | Mebendazolum | Vermox, tabl., 100 mg | 6 szt. | 05909991509101 |
| 1906 | Mebendazolum | Vermox, tabl., 100 mg | 6 szt. | 05909997217963 |
| 1907 | Medroxyprogesteroni acetas | Provera, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990155514 |
| 1908 | Medroxyprogesteroni acetas | Provera, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990236411 |
| 1909 | Megestroli acetas | Cachexan, zawiesina doustna, 40 mg/ml | 240 ml | 05909990614608 |
| 1910 | Megestroli acetas | Megace, zawiesina doustna, 40 mg/ml | 240 ml | 05909990437627 |
| 1911 | Megestroli acetas | Megalia, zawiesina doustna, 40 mg/ml | 240 ml | 05909991054519 |
| 1912 | Megestroli acetas | Megastril, zawiesina doustna, 40 mg/ml | 240 ml | 05909990895977 |
| 1913 | Meloxicam | Aspicam, tabl., 15 mg | 60 szt. | 05907695215168 |
| 1914 | Meloxicamum | Aglan 15, tabl., 15 mg | 20 szt. | 05909990224883 |
| 1915 | Meloxicamum | Aglan 15, tabl., 15 mg | 30 szt. | 05909990610006 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1916 | Meloxicamum | Aspicam, tabl., 15 mg | 20 szt. | 05909990997527 |
| 1917 | Meloxicamum | Mel Forte, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 20 szt. | 05909991228262 |
| 1918 | Meloxicamum | Mel Forte, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 30 szt. | 05909991228279 |
| 1919 | Meloxicamum | Meloxistad, tabl. powl., 15 mg | 20 szt. | 05909990431168 |
| 1920 | Meloxicamum | Movalis, tabl., 15 mg | 20 szt. | 05909990464418 |
| 1921 | Meloxicamum | Movalis, tabl., 15 mg | 10 szt. | 05909990464425 |
| 1922 | Meloxicamum | Opokan forte, tabl., 15 mg | 10 szt. | 05909990612406 |
| 1923 | Meloxicamum | Opokan forte, tabl., 15 mg | 30 szt. | 05909990612420 |
| 1924 | Meloxicamum | Remolexam, tabl., 15 mg | 20 szt. | 05909991343354 |
| 1925 | Melphalanum | Alkeran, tabl.powl., 2 mg | 25 szt. | 05909990283514 |
| 1926 | Mercaptopurinum | Mercaptopurinum VIS, tabl., 50 mg | 30 szt. | 05909990186112 |
| 1927 | Mesalazinum | Asamax 250, czopki, 250 mg | 30 szt. | 05909991083816 |
| 1928 | Mesalazinum | Asamax 250, tabl. dojel., 250 mg | 100 szt. | 05909991084011 |
| 1929 | Mesalazinum | Asamax 500, czopki, 500 mg | 30 szt. | 05909991083915 |
| 1930 | Mesalazinum | Asamax 500, tabl. dojel., 500 mg | 100 szt. | 05909991084110 |
| 1931 | Mesalazinum | Crohnax, czopki, 1000 mg | 14 szt. | 05907529109908 |
| 1932 | Mesalazinum | Crohnax, czopki, 1000 mg | 15 szt. | 05907529110003 |
| 1933 | Mesalazinum | Crohnax, czopki, 1000 mg | 28 szt. | 05907529110010 |
| 1934 | Mesalazinum | Crohnax, czopki, 1000 mg | 30 szt. | 05907529110027 |
| 1935 | Mesalazinum | Crohnax, czopki, 250 mg | 30 szt. | 05909991074012 |
| 1936 | Mesalazinum | Crohnax, czopki, 500 mg | 30 szt. | 05907529109809 |
| 1937 | Mesalazinum | Pentasa, czopki, 1 g | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990656813 |
| 1938 | Mesalazinum | Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 1 g | 50 sasz.po 2 g granulatu | 05909990855315 |
| 1939 | Mesalazinum | Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 2 g | 60 sasz. | 05909990974184 |
| 1940 | Mesalazinum | Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 4 g | 30 sasz. | 05909991273989 |
| 1941 | Mesalazinum | Pentasa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1 g | 60 szt. | 05909990974375 |
| 1942 | Mesalazinum | Pentasa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg | 100 szt. | 05909990662111 |
| 1943 | Mesalazinum | Pentasa, zawiesina doodbytnicza, 1 g/100 ml | 7 butelek po 100 ml | 05909990818815 |
| 1944 | Mesalazinum | Salaza, czopki, 1000 mg | 30 szt. | 05909991433857 |
| 1945 | Mesalazinum | Salaza, czopki, 500 mg | 30 szt. | 05909991448554 |
| 1946 | Mesalazinum | Salaza, tabl. dojel., 1000 mg | 100 szt. | 05909991449964 |
| 1947 | Mesalazinum | Salaza, tabl. dojel., 500 mg | 100 szt. | 05909991418847 |
| 1948 | Mesalazinum | Salofalk 1 g, czopki, 1 g | 30 szt. | 05909990806430 |
| 1949 | Mesalazinum | Salofalk 500, czopki, 500 mg | 30 szt. | 05909990422227 |
| 1950 | Mesalazinum | Salofalk 500, tabl. dojel., 500 mg | 50 szt. | 05909990400119 |
| 1951 | Mesalazinum | Salofalk, zawiesina doodbytnicza, 4 g/60 ml | 7 but.po 60 ml | 05909990970117 |
| 1952 | Metformini hydrochloridum | Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg | 30 szt. | 05909991395322 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1953 | Metformini hydrochloridum | Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg | 60 szt. | 05909991395339 |
| 1954 | Metformini hydrochloridum | Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg | 30 szt. | 05909991395247 |
| 1955 | Metformini hydrochloridum | Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg | 60 szt. | 05909991395254 |
| 1956 | Metformini hydrochloridum | Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg | 90 szt. | 05909991395261 |
| 1957 | Metformini hydrochloridum | Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg | 120 szt. | 05909991395278 |
| 1958 | Metformini hydrochloridum | Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg | 30 szt. | 05909991395285 |
| 1959 | Metformini hydrochloridum | Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg | 60 szt. | 05909991395292 |
| 1960 | Metformini hydrochloridum | Avamina, tabl. powl., 1000 mg | 90 szt. | 05903792661600 |
| 1961 | Metformini hydrochloridum | Avamina, tabl. powl., 1000 mg | 30 szt. | 05909990765423 |
| 1962 | Metformini hydrochloridum | Avamina, tabl. powl., 1000 mg | 60 szt. | 05909990765430 |
| 1963 | Metformini hydrochloridum | Avamina, tabl. powl., 500 mg | 90 szt. | 05903792661563 |
| 1964 | Metformini hydrochloridum | Avamina, tabl. powl., 500 mg | 30 szt. | 05909990765379 |
| 1965 | Metformini hydrochloridum | Avamina, tabl. powl., 500 mg | 60 szt. | 05909990765386 |
| 1966 | Metformini hydrochloridum | Avamina, tabl. powl., 850 mg | 90 szt. | 05903792661587 |
| 1967 | Metformini hydrochloridum | Avamina, tabl. powl., 850 mg | 30 szt. | 05909990765393 |
| 1968 | Metformini hydrochloridum | Avamina, tabl. powl., 850 mg | 60 szt. | 05909990765409 |
| 1969 | Metformini hydrochloridum | Diabufor XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg | 60 szt. | 05909991454722 |
| 1970 | Metformini hydrochloridum | Diabufor XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg | 60 szt. | 05909991454654 |
| 1971 | Metformini hydrochloridum | Diabufor XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg | 60 szt. | 05909991454708 |
| 1972 | Metformini hydrochloridum | Etform 500, tabl. powl., 500 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990698141 |
| 1973 | Metformini hydrochloridum | Etform 500, tabl. powl., 500 mg | 90 szt. (9 blist.po 10 szt.) | 05909990698172 |
| 1974 | Metformini hydrochloridum | Etform 850, tabl. powl., 850 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990698257 |
| 1975 | Metformini hydrochloridum | Etform 850, tabl. powl., 850 mg | 90 szt. (9 blist.po 10 szt.) | 05909990698271 |
| 1976 | Metformini hydrochloridum | Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg | 30 szt | 07613421049317 |
| 1977 | Metformini hydrochloridum | Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg | 60 szt. | 07613421049324 |
| 1978 | Metformini hydrochloridum | Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg | 120 szt. | 07613421049331 |
| 1979 | Metformini hydrochloridum | Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg | 30 szt | 07613421049256 |
| 1980 | Metformini hydrochloridum | Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg | 60 szt. | 07613421049263 |
| 1981 | Metformini hydrochloridum | Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg | 120 szt. | 07613421049270 |
| 1982 | Metformini hydrochloridum | Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg | 30 szt | 07613421049287 |
| 1983 | Metformini hydrochloridum | Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg | 60 szt. | 07613421049294 |
| 1984 | Metformini hydrochloridum | Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg | 120 szt. | 07613421049300 |
| 1985 | Metformini hydrochloridum | Etform, tabl. powl., 1000 mg | 60 szt. | 05909991352400 |
| 1986 | Metformini hydrochloridum | Etform, tabl. powl., 1000 mg | 120 szt. | 05909991352417 |
| 1987 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powl., 1000 mg | 120 szt. | 05903060614444 |
| 1988 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powl., 1000 mg | 30 szt. | 05909990078974 |
| 1989 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powl., 1000 mg | 60 szt. | 05909990078981 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1990 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powl., 1000 mg | 90 szt. | 05909990078998 |
| 1991 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powl., 500 mg | 120 szt. | 05903060614406 |
| 1992 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powl., 500 mg | 30 szt. | 05909990078943 |
| 1993 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powl., 500 mg | 60 szt. | 05909990078950 |
| 1994 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powl., 500 mg | 90 szt. | 05909990078967 |
| 1995 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powl., 850 mg | 120 szt. | 05903060614420 |
| 1996 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powl., 850 mg | 30 szt. | 05909990079001 |
| 1997 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powl., 850 mg | 60 szt. | 05909990079025 |
| 1998 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powl., 850 mg | 90 szt. | 05909990079032 |
| 1999 | Metformini hydrochloridum | Glucophage 1000 mg, tabl. powl., 1000 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 05909990717248 |
| 2000 | Metformini hydrochloridum | Glucophage 500 mg, tabl. powl., 500 mg | 30 szt. | 05909990789276 |
| 2001 | Metformini hydrochloridum | Glucophage 850 mg, tabl. powl., 850 mg | 30 szt. | 05909990789290 |
| 2002 | Metformini hydrochloridum | Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1000 mg | 60 szt. | 05909990864461 |
| 2003 | Metformini hydrochloridum | Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 05909990624751 |
| 2004 | Metformini hydrochloridum | Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg | 60 szt. (4 blist.po 15 szt.) | 05909990624768 |
| 2005 | Metformini hydrochloridum | Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg | 30 szt. | 05909990213429 |
| 2006 | Metformini hydrochloridum | Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg | 60 szt. | 05909990213436 |
| 2007 | Metformini hydrochloridum | Glucophage, tabl. powl., 850 mg | 60 szt. | 05909990789306 |
| 2008 | Metformini hydrochloridum | Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg | 30 szt. | 05909990053056 |
| 2009 | Metformini hydrochloridum | Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg | 60 szt. | 05909990933181 |
| 2010 | Metformini hydrochloridum | Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg | 90 szt. | 05909990933198 |
| 2011 | Metformini hydrochloridum | Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg | 120 szt. | 05909991252069 |
| 2012 | Metformini hydrochloridum | Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg | 60 szt. | 05909991425821 |
| 2013 | Metformini hydrochloridum | Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg | 120 szt. | 05909991425845 |
| 2014 | Metformini hydrochloridum | Metformax 500, tabl., 500 mg | 30 szt. | 05909990126316 |
| 2015 | Metformini hydrochloridum | Metformax 500, tabl., 500 mg | 60 szt. | 05909990935253 |
| 2016 | Metformini hydrochloridum | Metformax 850, tabl., 850 mg | 30 szt. | 05909990450718 |
| 2017 | Metformini hydrochloridum | Metformax 850, tabl., 850 mg | 60 szt. | 05909990935260 |
| 2018 | Metformini hydrochloridum | Metformax 850, tabl., 850 mg | 90 szt. | 05909990935277 |
| 2019 | Metformini hydrochloridum | Metformax SR 1000, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg | 30 szt. | 05909991404918 |
| 2020 | Metformini hydrochloridum | Metformax SR 1000, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg | 60 szt. | 05909991404925 |
| 2021 | Metformini hydrochloridum | Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg | 30 szt. | 05909990652112 |
| 2022 | Metformini hydrochloridum | Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg | 60 szt. | 05909990933167 |
| 2023 | Metformini hydrochloridum | Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg | 90 szt. | 05909990933174 |
| 2024 | Metformini hydrochloridum | Metformax SR 750, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg | 30 szt. | 05909991404895 |
| 2025 | Metformini hydrochloridum | Metformax SR 750, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg | 60 szt. | 05909991404901 |
| 2026 | Metformini hydrochloridum | Metformin Bluefish, tabl. powl., 1000 mg | 30 szt. | 05909990705894 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 2027 | Metformini hydrochloridum | Metformin Bluefish, tabl. powl., 500 mg | 30 szt. | 05909990705474 |
| 2028 | Metformini hydrochloridum | Metformin Bluefish, tabl. powl., 850 mg | 30 szt. | 05909990705726 |
| 2029 | Metformini hydrochloridum | Ranmet XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg | 60 szt. | 05909991196110 |
| 2030 | Metformini hydrochloridum | Ranmet XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg | 60 szt. | 05909991195977 |
| 2031 | Metformini hydrochloridum | Ranmet XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg | 60 szt. | 05909991196042 |
| 2032 | Metformini hydrochloridum | Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg | 30 szt. | 05909990220984 |
| 2033 | Metformini hydrochloridum | Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg | 60 szt. | 05909990220991 |
| 2034 | Metformini hydrochloridum | Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg | 90 szt. | 05909990221004 |
| 2035 | Metformini hydrochloridum | Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg | 120 szt. | 05909990221028 |
| 2036 | Metformini hydrochloridum | Siofor 500, tabl. powl., 500 mg | 90 szt. | 04013054024331 |
| 2037 | Metformini hydrochloridum | Siofor 500, tabl. powl., 500 mg | 30 szt. | 05909990457212 |
| 2038 | Metformini hydrochloridum | Siofor 500, tabl. powl., 500 mg | 60 szt. | 05909990457229 |
| 2039 | Metformini hydrochloridum | Siofor 500, tabl. powl., 500 mg | 120 szt. | 05909990457236 |
| 2040 | Metformini hydrochloridum | Siofor 850, tabl. powl., 850 mg | 90 szt. | 04013054024348 |
| 2041 | Metformini hydrochloridum | Siofor 850, tabl. powl., 850 mg | 30 szt. | 05909990457311 |
| 2042 | Metformini hydrochloridum | Siofor 850, tabl. powl., 850 mg | 60 szt. | 05909990457328 |
| 2043 | Metformini hydrochloridum | Siofor 850, tabl. powl., 850 mg | 120 szt. | 05909990457335 |
| 2044 | Metformini hydrochloridum | Siofor XR 1000 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg | 30 szt. | 05909991394554 |
| 2045 | Metformini hydrochloridum | Siofor XR 1000 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg | 120 szt. | 05909991394585 |
| 2046 | Metformini hydrochloridum | Siofor XR 500 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg | 30 szt. | 05909991394431 |
| 2047 | Metformini hydrochloridum | Siofor XR 500 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg | 120 szt. | 05909991394462 |
| 2048 | Metformini hydrochloridum | Siofor XR 750 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg | 30 szt. | 05909991394486 |
| 2049 | Metformini hydrochloridum | Siofor XR 750 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg | 120 szt. | 05909991394516 |
| 2050 | Metformini hydrochloridum | Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg | 30 szt. | 05909991271756 |
| 2051 | Metformini hydrochloridum | Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg | 60 szt | 05909991271763 |
| 2052 | Metformini hydrochloridum | Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg | 30 szt. | 05909991271695 |
| 2053 | Metformini hydrochloridum | Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg | 60 szt | 05909991271701 |
| 2054 | Metformini hydrochloridum | Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg | 30 szt. | 05909991271732 |
| 2055 | Metformini hydrochloridum | Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg | 60 szt | 05909991271749 |
| 2056 | Metformini hydrochloridum | Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg | 30 szt | 05909991453558 |
| 2057 | Metformini hydrochloridum | Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg | 60 szt. | 05909991453572 |
| 2058 | Metformini hydrochloridum | Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg | 60 szt. | 05909991453473 |
| 2059 | Metformini hydrochloridum | Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg | 30 szt | 05909991453497 |
| 2060 | Metformini hydrochloridum | Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg | 30 szt | 05909991453510 |
| 2061 | Metformini hydrochloridum | Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg | 60 szt. | 05909991453534 |
| 2062 | Metformini hydrochloridum | Zenofor, tabl. powl., 1000 mg | 30 szt. | 05909991488345 |
| 2063 | Metformini hydrochloridum | Zenofor, tabl. powl., 1000 mg | 60 szt. | 05909991488376 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 2064 | Metformini hydrochloridum | Zenofor, tabl. powl., 1000 mg | 90 szt. | 05909991488390 |
| 2065 | Metformini hydrochloridum | Zenofor, tabl. powl., 1000 mg | 120 szt. | 05909991488413 |
| 2066 | Metformini hydrochloridum | Zenofor, tabl. powl., 500 mg | 30 szt. | 05909991488086 |
| 2067 | Metformini hydrochloridum | Zenofor, tabl. powl., 500 mg | 60 szt. | 05909991488116 |
| 2068 | Metformini hydrochloridum | Zenofor, tabl. powl., 500 mg | 90 szt. | 05909991488147 |
| 2069 | Metformini hydrochloridum | Zenofor, tabl. powl., 500 mg | 120 szt. | 05909991488161 |
| 2070 | Metformini hydrochloridum | Zenofor, tabl. powl., 850 mg | 30 szt. | 05909991488215 |
| 2071 | Metformini hydrochloridum | Zenofor, tabl. powl., 850 mg | 60 szt. | 05909991488253 |
| 2072 | Metformini hydrochloridum | Zenofor, tabl. powl., 850 mg | 90 szt. | 05909991488277 |
| 2073 | Metformini hydrochloridum | Zenofor, tabl. powl., 850 mg | 120 szt. | 05909991488291 |
| 2074 | Methadoni hydrochloridum | Methadone Hydrochloride Molteni, syrop, 1 mg/ml | 20 ml | 05909990718917 |
| 2075 | Methadoni hydrochloridum | Methadone Hydrochloride Molteni, syrop, 1 mg/ml | 10 ml | 05909990719013 |
| 2076 | Methadoni hydrochloridum | Methadone Hydrochloride Molteni, syrop, 1 mg/ml | 100 ml | 05909990792016 |
| 2077 | Methotrexatum | Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml | 1 amp.-strz.a 0,375 ml | 05907626701852 |
| 2078 | Methotrexatum | Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml | 4 amp.-strz.po 0,375 ml | 05907626701869 |
| 2079 | Methotrexatum | Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml | 4 amp.-strz.po 0,5 ml | 05907626701920 |
| 2080 | Methotrexatum | Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml | 4 amp.-strz.po 0,75 ml | 05907626702040 |
| 2081 | Methotrexatum | Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml | 4 amp.-strz.po 1 ml | 05909990735242 |
| 2082 | Methotrexatum | Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml | 4 amp.-strz.po 1,25 ml | 05909990735273 |
| 2083 | Methotrexatum | Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml | 4 amp.-strz.po 1,5 ml | 05909990735303 |
| 2084 | Methotrexatum | Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 12 amp.-strz.po 0,15 ml | 05909990791286 |
| 2085 | Methotrexatum | Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 12 amp.-strz.po 0,2 ml | 05909990791347 |
| 2086 | Methotrexatum | Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 12 amp.-strz.po 0,3 ml | 05909990791392 |
| 2087 | Methotrexatum | Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 12 amp.-strz.po 0,4 ml | 05909990791477 |
| 2088 | Methotrexatum | Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 12 amp.-strz.po 0,5 ml | 05909990791521 |
| 2089 | Methotrexatum | Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 12 amp.-strz.po 0,25 ml | 05909990922741 |
| 2090 | Methotrexatum | Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 12 amp.-strz.po 0,35 ml | 05909990922758 |
| 2091 | Methotrexatum | Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 12 amp.-strz.po 0,45 ml | 05909990922765 |
| 2092 | Methotrexatum | Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 12 amp.-strz.po 0,55 ml | 05909990922772 |
| 2093 | Methotrexatum | Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 12 amp.-strz.po 0,6 ml | 05909990928125 |
| 2094 | Methotrexatum | Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 15 mg | 8 wstrzykiwaczy | 05909991346867 |
| 2095 | Methotrexatum | Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 20 mg | 8 wstrzykiwaczy | 05909991346928 |
| 2096 | Methotrexatum | Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 25 mg | 8 wstrzykiwaczy | 05909991346980 |
| 2097 | Methotrexatum | Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 30 mg | 8 wstrzykiwaczy | 05909991347048 |
| 2098 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 1 amp.-strz.po 0,15 ml | 05055565730881 |
| 2099 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 4 amp.-strz.po 0,15 ml | 05055565730898 |
| 2100 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 8 amp.-strz.po 0,15 ml | 05055565730904 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 2101 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 1 amp.-strz.po 0,2 ml | 05055565730911 |
| 2102 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 4 amp.-strz.po 0,2 ml | 05055565730928 |
| 2103 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 8 amp.-strz.po 0,2 ml | 05055565730935 |
| 2104 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 1 amp.-strz.po 0,25 ml | 05055565730959 |
| 2105 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 1 amp.-strz.po 0,3 ml | 05055565730966 |
| 2106 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 4 amp.-strz.po 0,3 ml | 05055565730973 |
| 2107 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 8 amp.-strz.po 0,3 ml | 05055565730980 |
| 2108 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 1 amp.-strz.po 0,35 ml | 05055565731000 |
| 2109 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 1 amp.-strz.po 0,4 ml | 05055565731024 |
| 2110 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 4 amp.-strz.po 0,4 ml | 05055565731031 |
| 2111 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 8 amp.-strz.po 0,4 ml | 05055565731048 |
| 2112 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 1 amp.-strz.po 0,45 ml | 05055565731062 |
| 2113 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 1 amp.-strz.po 0,5 ml | 05055565731079 |
| 2114 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 4 amp.-strz.po 0,5 ml | 05055565731086 |
| 2115 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 8 amp.-strz.po 0,5 ml | 05055565731093 |
| 2116 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 1 amp.-strz.po 0,6 ml | 05055565731116 |
| 2117 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 4 amp.-strz.po 0,6 ml | 05055565731123 |
| 2118 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 8 amp.-strz.po 0,6 ml | 05055565731130 |
| 2119 | Methotrexatum | Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 10 mg | 4 amp.-strz. | 05909991252724 |
| 2120 | Methotrexatum | Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 15 mg | 4 amp.-strz. | 05909991252762 |
| 2121 | Methotrexatum | Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg | 4 amp.-strz. | 05909991252809 |
| 2122 | Methotrexatum | Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 25 mg | 4 amp.-strz. | 05909991252847 |
| 2123 | Methotrexatum | Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 7,5 mg | 4 amp.-strz. | 05909991252700 |
| 2124 | Methotrexatum | Trexan Neo, tabl., 10 mg | 100 szt. | 06432100058607 |
| 2125 | Methotrexatum | Trexan Neo, tabl., 2,5 mg | 100 szt. | 05909991303570 |
| 2126 | Methotrexatum | Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 10 mg | 4 amp.-strz. | 05995327187051 |
| 2127 | Methotrexatum | Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 10 mg | 12 amp.-strz. | 05995327187068 |
| 2128 | Methotrexatum | Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 12,5 mg | 4 amp.-strz. | 05995327187082 |
| 2129 | Methotrexatum | Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 12,5 mg | 12 amp.-strz. | 05995327187099 |
| 2130 | Methotrexatum | Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 15 mg | 4 amp.-strz. | 05995327187112 |
| 2131 | Methotrexatum | Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 15 mg | 12 amp.-strz. | 05995327187129 |
| 2132 | Methotrexatum | Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 17,5 mg | 4 amp.-strz. | 05995327187143 |
| 2133 | Methotrexatum | Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 17,5 mg | 12 amp.-strz. | 05995327187150 |
| 2134 | Methotrexatum | Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg | 4 amp.-strz. | 05995327187174 |
| 2135 | Methotrexatum | Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg | 12 amp.-strz. | 05995327187181 |
| 2136 | Methotrexatum | Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 25 mg | 4 amp.-strz. | 05995327187235 |
| 2137 | Methotrexatum | Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 25 mg | 12 amp.-strz. | 05995327187242 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 2138 | Methotrexatum | Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 30 mg | 4 amp.-strz. | 05995327187297 |
| 2139 | Methotrexatum | Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 30 mg | 12 amp.-strz. | 05995327187303 |
| 2140 | Methotrexatum | Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 7,5 mg | 4 amp.-strz. | 05995327187020 |
| 2141 | Methotrexatum | Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 7,5 mg | 12 amp.-strz. | 05995327187037 |
| 2142 | Methylprednisoloni acetas | Depo-Medrol, zawiesina do wstrzykiwań, 40 mg/ml | 1 fiol.po 1 ml | 05909990154814 |
| 2143 | Methylprednisoloni acetas + Lidocaini hydrochloridum | Depo-Medrol z Lidokainą, zawiesina do wstrzykiwań, 40+10 mg/ml | 1 fiol.po 1 ml | 05909990236312 |
| 2144 | Methylprednisolonum | Medrol, tabl., 16 mg | 50 szt. (5 blist.po 10 szt.) | 05909990683215 |
| 2145 | Methylprednisolonum | Medrol, tabl., 4 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990683123 |
| 2146 | Methylprednisolonum | Meprelon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań/infuzji, 1000 mg | 1 fiol. + 1 amp. | 05909990939220 |
| 2147 | Methylprednisolonum | Meprelon, tabl., 16 mg | 30 szt. | 05909990835539 |
| 2148 | Methylprednisolonum | Meprelon, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909990834501 |
| 2149 | Methylprednisolonum | Meprelon, tabl., 8 mg | 30 szt. | 05909990834464 |
| 2150 | Methylprednisolonum | Metypred, tabl., 16 mg | 30 szt. | 05909990316618 |
| 2151 | Methylprednisolonum | Metypred, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909990316519 |
| 2152 | Methylprednisolonum | Solu-Medrol, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 mg | 1 fiol. z prosz. + 1 fiol. z rozp. | 05909990236718 |
| 2153 | Metoprololi tartras | Metocard, tabl., 100 mg | 30 szt. | 05909990034529 |
| 2154 | Metoprololi tartras | Metocard, tabl., 50 mg | 30 szt. | 05909990034420 |
| 2155 | Metoprololi tartras | Metoprolol Medreg, tabl. powl., 100 mg | 30 szt. | 08595566452483 |
| 2156 | Mianserini hydrochloridum | Deprexolet, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909991120948 |
| 2157 | Mianserini hydrochloridum | Deprexolet, tabl. powl., 10 mg | 90 szt. | 05909991120962 |
| 2158 | Mianserini hydrochloridum | Deprexolet, tabl. powl., 30 mg | 30 szt. | 05909991121051 |
| 2159 | Mianserini hydrochloridum | Deprexolet, tabl. powl., 60 mg | 30 szt. | 05909991379391 |
| 2160 | Mianserini hydrochloridum | Miansec 30, tabl. powl., 30 mg | 30 szt. | 03830044949655 |
| 2161 | Mianserini hydrochloridum | Miansegen, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909990883813 |
| 2162 | Mianserini hydrochloridum | Miansegen, tabl. powl., 30 mg | 30 szt. | 05909990764242 |
| 2163 | Mianserini hydrochloridum | Miansegen, tabl. powl., 60 mg | 30 szt. | 05909991064525 |
| 2164 | Mianserinum | Lerivon, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. (1 blist.po 30 szt.) | 05909990157716 |
| 2165 | Mianserinum | Lerivon, tabl. powl., 30 mg | 30 szt. (1 blist.po 30 szt.) | 05909990157822 |
| 2166 | Mianserinum | Miansec 30, tabl. powl., 30 mg | 20 szt. | 05909991124311 |
| 2167 | Mianserinum | Miansec, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909990796618 |
| 2168 | Mianserinum | Miansec, tabl. powl., 10 mg | 90 szt. | 05909990796625 |
| 2169 | Miconazoli nitras | Gyno-Femidazol, tabl. dopochwowe, 100 mg | 15 szt. | 05909990281312 |
| 2170 | mieszanki alergoidów pyłku roślin | Purethal, zawiesina do wstrzykiwań, 20000 AUM/ml | 1 fiol.po 3 ml + 8 strz. z igłą | 05909990975419 |
| 2171 | Moclobemidum | Aurorix, tabl. powl., 150 mg | 30 szt. | 05909990094813 |
| 2172 | Moclobemidum | Mobemid, tabl. powl., 150 mg | 30 szt. | 05909990966813 |
| 2173 | Moclobemidum | Moklar, tabl. powl., 150 mg | 30 szt. | 05909990953714 |
| 2174 | Mometasoni fuoras | Momester, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę | 1 but. po 140 dawek | 05909991195366 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 2175 | Mometasoni furoas | Elitasone, maść, 1 mg/g | 50 g | 05906071039657 |
| 2176 | Mometasoni furoas | Metmin, aerozol do nosa, 50 µg/dawkę | 1 but.po 140 dawek | 05909991141004 |
| 2177 | Mometasoni furoas | Momecutan Fettcreme, krem, 1 mg/g | 50 g | 05909991097059 |
| 2178 | Mometasoni furoas | Momecutan, maść, 1 mg/g | 50 g | 05909991137441 |
| 2179 | Mometasoni furoas | Momecutan, maść, 1 mg/g | 100 g | 05909991236199 |
| 2180 | Mometasoni furoas | Momecutan, roztwór na skórę, 1 mg/g | 50 ml | 05909991087982 |
| 2181 | Mometasoni furoas | Momecutan, roztwór na skórę, 1 mg/g | 100 ml | 05909991296384 |
| 2182 | Mometasoni furoas | Nasometin, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę odmierzoną | 1 but.po 18 g | 05909991031275 |
| 2183 | Mometasoni furoas | Pronasal, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę | 1 but.po 140 dawek | 05909991099688 |
| 2184 | Mometasoni furoas | Pronasal, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę | 2 but.po 140 daw. | 05909991099695 |
| 2185 | Montelukastum | Asmenol, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990670758 |
| 2186 | Montelukastum | Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg | 28 szt. | 05909990881758 |
| 2187 | Montelukastum | Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg | 28 szt. | 05909990881772 |
| 2188 | Montelukastum | Astmodil, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990881734 |
| 2189 | Montelukastum | Astmodil, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909991422462 |
| 2190 | Montelukastum | Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg | 28 szt. | 05909990668144 |
| 2191 | Montelukastum | Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg | 28 szt. | 05909990668120 |
| 2192 | Montelukastum | Milukante, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990668137 |
| 2193 | Montelukastum | Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg | 28 szt. | 05909990662685 |
| 2194 | Montelukastum | Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg | 28 szt. | 05909990662647 |
| 2195 | Montelukastum | Monkasta, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990671243 |
| 2196 | Montelukastum | Montelukast Aurovitas, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg | 28 szt. | 05909990994076 |
| 2197 | Montelukastum | Montelukast Aurovitas, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg | 28 szt. | 05909990993857 |
| 2198 | Montelukastum | Montelukast Aurovitas, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909991088255 |
| 2199 | Montelukastum | Montelukast Bluefish, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990871858 |
| 2200 | Montelukastum | Montelukast Medreg, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909991329235 |
| 2201 | Montelukastum | Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg | 28 szt. | 05909990803743 |
| 2202 | Montelukastum | Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg | 28 szt. | 05909990803767 |
| 2203 | Montelukastum | Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg | 60 szt. | 05907626703481 |
| 2204 | Montelukastum | Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990780266 |
| 2205 | Montelukastum | Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909991457013 |
| 2206 | Montelukastum | Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909991472023 |
| 2207 | Montelukastum | Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg | 60 szt. | 05909991472030 |
| 2208 | Montelukastum | Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg | 28 szt. | 05909990893188 |
| 2209 | Montelukastum | Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg | 28 szt. | 05909990893263 |
| 2210 | Montelukastum | Orilukast, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909990893294 |
| 2211 | Montelukastum | Promonta 10 mg, tabl. 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** |
| 2212 | Montelukastum | Promonta 4 mg, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg | 28 szt. | 05909990671052 |
| 2213 | Montelukastum | Promonta 5 mg, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg | 28 szt. | 05909990671076 |
| 2214 | Montelukastum | Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg | 28 szt. | 05909991007263 |
| 2215 | Montelukastum | Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg | 28 szt. | 05909991007270 |
| 2216 | Montelukastum | Romilast, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909991007300 |
| 2217 | Morphini hydrochloridum | Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 30 szt. | 05909990743827 |
| 2218 | Morphini hydrochloridum | Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg | 30 szt. | 05909990744121 |
| 2219 | Morphini hydrochloridum | Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 30 szt. | 05909990744220 |
| 2220 | Morphini hydrochloridum | Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg | 30 szt. | 05909990743926 |
| 2221 | Morphini hydrochloridum | Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg | 30 szt. | 05909990744022 |
| 2222 | Morphini sulfas | Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml | 10 amp.po 1 ml | 05909990404919 |
| 2223 | Morphini sulfas | Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml | 10 amp.po 1 ml | 05909990405015 |
| 2224 | Morphini sulfas | MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 10 mg | 60 szt. | 05909990476237 |
| 2225 | Morphini sulfas | MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 100 mg | 60 szt. | 05909990476534 |
| 2226 | Morphini sulfas | MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg | 60 szt. | 05909990476633 |
| 2227 | Morphini sulfas | MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg | 60 szt. | 05909990476336 |
| 2228 | Morphini sulfas | MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg | 60 szt. | 05909990476435 |
| 2229 | Morphini sulfas | Oramorph, krople doustne, roztwór, 20 mg/ml | 1 but. po 20 ml | 05909991436902 |
| 2230 | Morphini sulfas | Sevredol, tabl. powl., 20 mg | 60 szt. | 05909990336425 |
| 2231 | Mycophenolas mofetil | CellCept, kaps. twarde, 250 mg | 100 szt. | 05909990707614 |
| 2232 | Mycophenolas mofetil | CellCept, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 1 g/5 ml | 110 g (175 ml) | 05909990980918 |
| 2233 | Mycophenolas mofetil | CellCept, tabl., 500 mg | 50 szt. | 05909990707515 |
| 2234 | Mycophenolas mofetil | Mycofit, kaps. twarde, 250 mg | 100 szt. | 05909990754472 |
| 2235 | Mycophenolas mofetil | Mycofit, tabl. powl., 500 mg | 50 szt. | 05909990750993 |
| 2236 | Mycophenolas mofetil | Mycophenolate mofetil Sandoz 250 mg kapsułki twarde, kaps. twarde, 250 mg | 100 szt. | 05909990074563 |
| 2237 | Mycophenolas mofetil | Mycophenolate mofetil Sandoz 500 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 500 mg | 50 szt. (blister) | 05909990715268 |
| 2238 | Mycophenolas mofetil | Myfenax, kaps. twarde, 250 mg | 100 szt. | 05909990638185 |
| 2239 | Mycophenolas mofetil | Myfenax, tabl. powl., 500 mg | 50 szt. | 05909990638208 |
| 2240 | Nabumetonum | Nabuton VP, tabl., 500 mg | 20 szt. | 05909990962419 |
| 2241 | Nabumetonum | Nabuton VP, tabl., 500 mg | 60 szt. | 05909990962426 |
| 2242 | Nadroparinum calcicum | Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 2850 j.m. Axa/0,3 ml | 10 amp.-strz.po 0,3 ml | 05909990075621 |
| 2243 | Nadroparinum calcicum | Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 3800 j.m. Axa/0,4 ml | 10 amp.-strz.po 0,4 ml | 05909990716821 |
| 2244 | Nadroparinum calcicum | Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 5700 j.m. Axa/0,6 ml | 10 amp.-strz.po 0,6 ml | 05909990075720 |
| 2245 | Nadroparinum calcicum | Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 7600 j.m. Axa/0,8 ml | 10 amp.-strz.po 0,8 ml | 05909990716920 |
| 2246 | Nadroparinum calcicum | Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 11400 j.m. Axa/0,6 ml | 10 amp.-strz.po 0,6 ml | 05909990836932 |
| 2247 | Nadroparinum calcicum | Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 15200 j.m. AXa/0,8 ml | 10 amp.-strz.po 0,8 ml | 05909990837038 |
| 2248 | Naldemedinum | Rizmoic, tabl. 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** |
| 2249 | Naproxenum | Anapran EC, tabl. dojel., 250 mg | 60 szt. | 05909991054991 |
| 2250 | Naproxenum | Anapran EC, tabl. dojel., 500 mg | 60 szt. | 05909991055066 |
| 2251 | Naproxenum | Apo-Napro, tabl., 250 mg | 30 szt. | 05909990661404 |
| 2252 | Naproxenum | Apo-Napro, tabl., 250 mg | 90 szt. | 05909990661435 |
| 2253 | Naproxenum | Apo-Napro, tabl., 500 mg | 30 szt. | 05909990661442 |
| 2254 | Naproxenum | Naproxen 250 Hasco, tabl., 250 mg | 30 szt. | 05909991040529 |
| 2255 | Naproxenum | Naproxen 250 Hasco, tabl., 250 mg | 50 szt. | 05909991040536 |
| 2256 | Naproxenum | Naproxen 500 Hasco, tabl., 500 mg | 15 szt. | 05909990644179 |
| 2257 | Naproxenum | Naproxen 500 Hasco, tabl., 500 mg | 30 szt. | 05909990644186 |
| 2258 | Naproxenum | Naproxen Genoptim, tabl., 250 mg | 30 szt. | 05909991390099 |
| 2259 | Naproxenum | Naproxen Genoptim, tabl., 500 mg | 30 szt. | 05909991390143 |
| 2260 | Naproxenum | Naproxen Hasco, czopki, 250 mg | 10 szt. | 05909990914319 |
| 2261 | Naproxenum | Naproxen Hasco, czopki, 500 mg | 10 szt. | 05909990914418 |
| 2262 | Naproxenum | Naproxen Polfarmex, tabl., 500 mg | 20 szt. | 05909990466818 |
| 2263 | Naproxenum | Naproxen Polfarmex, tabl., 500 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990860685 |
| 2264 | Naproxenum natricum | Anapran, tabl. powl., 275 mg | 20 szt. | 05909990615438 |
| 2265 | Naproxenum natricum | Anapran, tabl. powl., 275 mg | 60 szt. | 05909990948536 |
| 2266 | Naproxenum natricum | Anapran, tabl. powl., 550 mg | 20 szt. | 05909990624515 |
| 2267 | Naproxenum natricum | Anapran, tabl. powl., 550 mg | 60 szt. | 05909990948543 |
| 2268 | Naproxenum natricum | Nalgesin Forte, tabl. powl., 550 mg | 10 szt. | 05909991023782 |
| 2269 | Naproxenum natricum | Nalgesin Forte, tabl. powl., 550 mg | 20 szt. | 05909991023799 |
| 2270 | Naproxenum natricum | Nalgesin Forte, tabl. powl., 550 mg | 30 szt. | 05909991023805 |
| 2271 | Naproxenum natricum | Nalgesin Forte, tabl. powl., 550 mg | 60 szt. | 05909991023836 |
| 2272 | Natrii risedronas | Risendros 35, tabl. powl., 35 mg | 4 szt. | 05909990082599 |
| 2273 | Natrii valproas | Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg | 100 szt. | 05909990042371 |
| 2274 | Natrii valproas | Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg | 100 szt. | 05909990042364 |
| 2275 | Natrii valproas | Convival Chrono, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg | 50 szt. | 05909990930166 |
| 2276 | Natrii valproas | Convulex, syrop, 50 mg/ml | 1 but.po 100 ml | 05909990023912 |
| 2277 | Natrii valproas | Depakine, syrop, 288,2 mg/5 ml | 150 ml | 05909990307418 |
| 2278 | Nebivololi hydrochloridum | Nebivolol Genoptim, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909991369552 |
| 2279 | Nebivololum | Daneb, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909990750290 |
| 2280 | Nebivololum | Ebivol, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990662425 |
| 2281 | Nebivololum | Ebivol, tabl., 5 mg | 60 szt. | 05909990662456 |
| 2282 | Nebivololum | Ivineb, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909990805495 |
| 2283 | Nebivololum | Nebicard, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991390358 |
| 2284 | Nebivololum | Nebicard, tabl., 10 mg | 56 szt. | 05909991390372 |
| 2285 | Nebivololum | Nebicard, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909990685189 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 2286 | Nebivololum | Nebicard, tabl., 5 mg | 56 szt. | 05909990685202 |
| 2287 | Nebivololum | Nebilenin, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909990689774 |
| 2288 | Nebivololum | Nebilet, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909990670185 |
| 2289 | Nebivololum | Nebinad, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909990648719 |
| 2290 | Nebivololum | Nebispes, tabl., 5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990673865 |
| 2291 | Nebivololum | NebivoLEK, tabl., 5 mg | 56 szt. | 05907626703597 |
| 2292 | Nebivololum | NebivoLEK, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909990653300 |
| 2293 | Nebivololum | Nebivolol Aurovitas, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909991357047 |
| 2294 | Nebivololum | Nebivolol Krka, tabl., 5 mg | 30 szt. | 03838989716172 |
| 2295 | Nebivololum | Nebivor, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990640997 |
| 2296 | Nebivololum | Nebivor, tabl., 5 mg | 100 szt. | 05909990641000 |
| 2297 | Nebivololum | Nedal, tabl., 5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990642809 |
| 2298 | Nimesulidum | Aulin, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg | 30 sasz. po 2 g | 05909990411436 |
| 2299 | Nimesulidum | Aulin, tabl., 100 mg | 15 szt. | 05909990411320 |
| 2300 | Nimesulidum | Aulin, tabl., 100 mg | 30 szt. | 05909990411337 |
| 2301 | Nimesulidum | Nimesil, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg | 30 sasz.po 2 g | 05909991040338 |
| 2302 | Nitrendipinum | Nitrendypina EGIS, tabl., 10 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 05909990694778 |
| 2303 | Nitrendipinum | Nitrendypina EGIS, tabl., 10 mg | 60 szt. (4 blist.po 15 szt.) | 05909990694785 |
| 2304 | Nitrendipinum | Nitrendypina EGIS, tabl., 20 mg | 60 szt. (4 blist.po 15 szt.) | 05909990694754 |
| 2305 | Nitrendipinum | Nitrendypina EGIS, tabl., 20 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 05909990694761 |
| 2306 | Norethisteroni acetas + Estradioli valeras | Cliovelle 1 mg / 0,5 mg tabletki, tabl., 1+0,5 mg | 28 szt. | 05909990067794 |
| 2307 | Octreotidum | Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 10 mg | 1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml | 05909990459711 |
| 2308 | Octreotidum | Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 20 mg | 1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml | 05909990459612 |
| 2309 | Octreotidum | Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 30 mg | 1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml | 05909990459513 |
| 2310 | Octreotidum | Sandostatin, roztwór do wstrzykiwań, 100 µg/ml | 5 amp.po 1 ml | 05909990042913 |
| 2311 | Octreotidum | Sandostatin, roztwór do wstrzykiwań, 50 µg/ml | 5 amp.po 1 ml | 05909990042715 |
| 2312 | Ofloxacinum | Tarivid 200, tabl. powl., 200 mg | 10 szt. | 05909990111213 |
| 2313 | Olanzapina | Olanzin, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909991369781 |
| 2314 | Olanzapina | Olanzin, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909991369743 |
| 2315 | Olanzapinum | Anzorin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 28 szt. | 05909990806799 |
| 2316 | Olanzapinum | Anzorin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 28 szt. | 05909990806843 |
| 2317 | Olanzapinum | Anzorin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg | 28 szt. | 05909990806881 |
| 2318 | Olanzapinum | Anzorin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 28 szt. | 05909990806751 |
| 2319 | Olanzapinum | Egolanza, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990824106 |
| 2320 | Olanzapinum | Egolanza, tabl. powl., 10 mg | 56 szt. | 05909990827343 |
| 2321 | Olanzapinum | Egolanza, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909991461294 |
| 2322 | Olanzapinum | Egolanza, tabl. powl., 10 mg | 56 szt. | 05909991461300 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 2323 | Olanzapinum | Egolanza, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909991480592 |
| 2324 | Olanzapinum | Egolanza, tabl. powl., 10 mg | 56 szt. | 05909991480622 |
| 2325 | Olanzapinum | Egolanza, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909990824076 |
| 2326 | Olanzapinum | Egolanza, tabl. powl., 5 mg | 56 szt. | 05909991095666 |
| 2327 | Olanzapinum | Olanzapina Mylan, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990697649 |
| 2328 | Olanzapinum | Olanzapina Mylan, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909990697526 |
| 2329 | Olanzapinum | Olanzapina Mylan, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 28 szt. | 05909991136475 |
| 2330 | Olanzapinum | Olanzapina Mylan, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 28 szt. | 05909991136499 |
| 2331 | Olanzapinum | Olanzapina Mylan, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg | 28 szt. | 05909991136512 |
| 2332 | Olanzapinum | Olanzapina Mylan, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 28 szt. | 05909991136451 |
| 2333 | Olanzapinum | Olanzapine +pharma, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05901720140074 |
| 2334 | Olanzapinum | Olanzapine +pharma, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05901720140067 |
| 2335 | Olanzapinum | Olanzapine Apotex, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990793365 |
| 2336 | Olanzapinum | Olanzapine Apotex, tabl. powl., 10 mg | 98 szt. | 05909991230593 |
| 2337 | Olanzapinum | Olanzapine Apotex, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909990793341 |
| 2338 | Olanzapinum | Olanzapine Apotex, tabl. powl., 5 mg | 98 szt. | 05909991230586 |
| 2339 | Olanzapinum | Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 28 szt. | 05909990793389 |
| 2340 | Olanzapinum | Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 98 szt. | 05909991230616 |
| 2341 | Olanzapinum | Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg | 28 szt. | 05909990793402 |
| 2342 | Olanzapinum | Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 98 szt. | 05909991230609 |
| 2343 | Olanzapinum | Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 28 szt. | 05909990865956 |
| 2344 | Olanzapinum | Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 28 szt. | 05909990866021 |
| 2345 | Olanzapinum | Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 28 szt. | 05909990865901 |
| 2346 | Olanzapinum | Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 28 szt. | 05909990763467 |
| 2347 | Olanzapinum | Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 28 szt. | 05909990763481 |
| 2348 | Olanzapinum | Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg | 28 szt. | 05909990763498 |
| 2349 | Olanzapinum | Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 28 szt. | 05909990763443 |
| 2350 | Olanzapinum | Olanzapine Mylan, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05901878600451 |
| 2351 | Olanzapinum | Olanzapine Mylan, tabl. powl., 10 mg | 98 szt. | 05902020926870 |
| 2352 | Olanzapinum | Olanzaran, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 28 szt. | 05909990767052 |
| 2353 | Olanzapinum | Olanzaran, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909990766901 |
| 2354 | Olanzapinum | Olanzaran, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909990766895 |
| 2355 | Olanzapinum | Olanzin, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990637218 |
| 2356 | Olanzapinum | Olanzin, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909990637126 |
| 2357 | Olanzapinum | Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 28 szt. | 05909990782260 |
| 2358 | Olanzapinum | Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 28 tabl. | 05909991094539 |
| 2359 | Olanzapinum | Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg | 28 szt. | 05909990925186 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 2360 | Olanzapinum | Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 28 szt. | 05909990782253 |
| 2361 | Olanzapinum | Olazax, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909990782246 |
| 2362 | Olanzapinum | Olazax, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909990782239 |
| 2363 | Olanzapinum | Olpinat, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990781805 |
| 2364 | Olanzapinum | Olpinat, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909990781782 |
| 2365 | Olanzapinum | Olzapin, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990335367 |
| 2366 | Olanzapinum | Olzapin, tabl. powl., 10 mg | 56 szt. | 05909990335374 |
| 2367 | Olanzapinum | Olzapin, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909990422241 |
| 2368 | Olanzapinum | Olzapin, tabl. powl., 10 mg | 60 szt. | 05909990422258 |
| 2369 | Olanzapinum | Olzapin, tabl. powl., 10 mg | 90 szt. | 05909991066000 |
| 2370 | Olanzapinum | Olzapin, tabl. powl., 10 mg | 120 szt. | 05909991144265 |
| 2371 | Olanzapinum | Olzapin, tabl. powl., 10 mg | 112 szt. | 05909991231910 |
| 2372 | Olanzapinum | Olzapin, tabl. powl., 5 mg | 56 szt. | 05909990335350 |
| 2373 | Olanzapinum | Olzapin, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909990422265 |
| 2374 | Olanzapinum | Olzapin, tabl. powl., 5 mg | 60 szt. | 05909990422272 |
| 2375 | Olanzapinum | Olzapin, tabl. powl., 5 mg | 90 szt. | 05909991065942 |
| 2376 | Olanzapinum | Olzapin, tabl. powl., 5 mg | 120 szt. | 05909991144258 |
| 2377 | Olanzapinum | Olzapin, tabl. powl., 5 mg | 112 szt. | 05909991231927 |
| 2378 | Olanzapinum | Olzapin, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909990335343 |
| 2379 | Olanzapinum | Ranofren, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909990640287 |
| 2380 | Olanzapinum | Zalasta, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909991081911 |
| 2381 | Olanzapinum | Zalasta, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909991081812 |
| 2382 | Olanzapinum | Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 28 szt. | 05909990069866 |
| 2383 | Olanzapinum | Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 70 szt. | 05909990069897 |
| 2384 | Olanzapinum | Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 28 szt. | 05909990069958 |
| 2385 | Olanzapinum | Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 70 szt. | 05909990069989 |
| 2386 | Olanzapinum | Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg | 28 szt. | 05909990070008 |
| 2387 | Olanzapinum | Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg | 70 szt. | 05909990070046 |
| 2388 | Olanzapinum | Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 28 szt. | 05909990069705 |
| 2389 | Olanzapinum | Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 70 szt. | 05909990069750 |
| 2390 | Olanzapinum | Zalasta, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05901878600123 |
| 2391 | Olanzapinum | Zalasta, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05903792743061 |
| 2392 | Olanzapinum | Zalasta, tabl., 10 mg | 70 szt. | 05909990069361 |
| 2393 | Olanzapinum | Zalasta, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991444570 |
| 2394 | Olanzapinum | Zalasta, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05901878600826 |
| 2395 | Olanzapinum | Zalasta, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05903792743078 |
| 2396 | Olanzapinum | Zalasta, tabl., 5 mg | 70 szt. | 05909990069293 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 2397 | Olanzapinum | Zolafren, kaps. twarde, 10 mg | 30 szt. | 05909991064716 |
| 2398 | Olanzapinum | Zolafren, kaps. twarde, 5 mg | 30 szt. | 05909991064518 |
| 2399 | Olanzapinum | Zolafren, kaps. twarde, 7,5 mg | 30 szt. | 05909991064617 |
| 2400 | Olanzapinum | Zolafren, tabl. powl., 10 mg | 120 szt. | 05906414000610 |
| 2401 | Olanzapinum | Zolafren, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909990917013 |
| 2402 | Olanzapinum | Zolafren, tabl. powl., 10 mg | 90 szt. | 05909991191184 |
| 2403 | Olanzapinum | Zolafren, tabl. powl., 15 mg | 30 szt. | 05906414002737 |
| 2404 | Olanzapinum | Zolafren, tabl. powl., 15 mg | 90 szt. | 05906414002744 |
| 2405 | Olanzapinum | Zolafren, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05906414002751 |
| 2406 | Olanzapinum | Zolafren, tabl. powl., 20 mg | 90 szt. | 05906414002768 |
| 2407 | Olanzapinum | Zolafren, tabl. powl., 5 mg | 120 szt. | 05906414000603 |
| 2408 | Olanzapinum | Zolafren, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909990916917 |
| 2409 | Olanzapinum | Zolafren, tabl. powl., 5 mg | 90 szt. | 05909991191177 |
| 2410 | Olanzapinum | Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 84 szt. | 05906414000665 |
| 2411 | Olanzapinum | Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 112 szt. | 05906414000696 |
| 2412 | Olanzapinum | Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 28 szt. | 05909990775682 |
| 2413 | Olanzapinum | Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 84 szt. | 05906414000672 |
| 2414 | Olanzapinum | Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 112 szt. | 05906414000702 |
| 2415 | Olanzapinum | Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 28 szt. | 05909990775712 |
| 2416 | Olanzapinum | Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg | 84 szt. | 05906414000689 |
| 2417 | Olanzapinum | Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg | 112 szt. | 05906414000719 |
| 2418 | Olanzapinum | Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg | 28 szt. | 05909990775729 |
| 2419 | Olanzapinum | Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 84 szt. | 05906414000641 |
| 2420 | Olanzapinum | Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 112 szt. | 05906414000658 |
| 2421 | Olanzapinum | Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 28 szt. | 05909990775675 |
| 2422 | Olanzapinum | Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 28 szt. | 05909990892129 |
| 2423 | Olanzapinum | Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 56 szt. | 05909990892143 |
| 2424 | Olanzapinum | Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 28 szt. | 05909990892150 |
| 2425 | Olanzapinum | Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 56 szt. | 05909990892174 |
| 2426 | Olanzapinum | Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg | 28 szt. | 05909990892303 |
| 2427 | Olanzapinum | Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg | 56 szt. | 05909990892341 |
| 2428 | Olanzapinum | Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 28 szt. | 05909990892082 |
| 2429 | Olanzapinum | Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 56 szt. | 05909990892105 |
| 2430 | Olanzapinum | Zolaxa, tabl. powl., 10 mg | 90 szt. | 05903060609709 |
| 2431 | Olanzapinum | Zolaxa, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909991097011 |
| 2432 | Olanzapinum | Zolaxa, tabl. powl., 15 mg | 90 szt. | 05903060609716 |
| 2433 | Olanzapinum | Zolaxa, tabl. powl., 15 mg | 30 szt. | 05909990849581 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 2434 | Olanzapinum | Zolaxa, tabl. powl., 20 mg | 90 szt. | 05903060609723 |
| 2435 | Olanzapinum | Zolaxa, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909990849635 |
| 2436 | Olanzapinum | Zolaxa, tabl. powl., 5 mg | 90 szt. | 05903060609693 |
| 2437 | Olanzapinum | Zolaxa, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909991096816 |
| 2438 | Olanzapinum | Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 28 szt. | 05909990914647 |
| 2439 | Olanzapinum | Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg | 28 szt. | 05909990914661 |
| 2440 | Olanzapinum | Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 28 szt. | 05909990914630 |
| 2441 | Olodaterolum + Tiotropium | Spiolto Respimat, roztwór do inhalacji, 2,5+2,5 µg | 1 wkład 30 dawek + 1 inh. | 05909991257439 |
| 2442 | Olodaterolum + Tiotropium | Spiolto Respimat, roztwór do inhalacji, 2,5+2,5 µg | wkład uzupełniający 30 dawek | 05909991432034 |
| 2443 | Omeprazolum | Agastin 20 mg, kaps. dojel. twarde, 20 mg | 28 szt. | 05909990068425 |
| 2444 | Omeprazolum | Bioprazol, kaps. dojel. twarde, 40 mg | 28 szt. | 05909991140779 |
| 2445 | Omeprazolum | Bioprazol, kaps. dojelitowe twarde, 40 mg | 56 szt. | 05909991140809 |
| 2446 | Omeprazolum | Bioprazol, kaps. twarde, 20 mg | 28 szt. | 05909990880225 |
| 2447 | Omeprazolum | Gasec-20 Gastrocaps, kaps., 20 mg | 28 szt. | 05909990420537 |
| 2448 | Omeprazolum | Gasec-20 Gastrocaps, kaps., 20 mg | 56 szt. | 05909990420544 |
| 2449 | Omeprazolum | Goprazol 20 mg, kaps. dojel. twarde, 20 mg | 28 szt. | 05909990077663 |
| 2450 | Omeprazolum | Helicid 20, kaps., 20 mg | 14 szt. (but. 20 ml) | 05909990420612 |
| 2451 | Omeprazolum | Helicid 20, kaps., 20 mg | 28 szt. | 05909990420629 |
| 2452 | Omeprazolum | Helicid 20, kaps., 20 mg | 90 szt. | 05909990422654 |
| 2453 | Omeprazolum | Helicid Forte, kaps. dojel. twarde, 40 mg | 28 szt. | 05909990921324 |
| 2454 | Omeprazolum | Heligen Neo, kaps. dojelitowe, twarde, 20 mg | 28 szt. | 05909991274467 |
| 2455 | Omeprazolum | Heligen Neo, kaps. dojelitowe, twarde, 40 mg | 28 szt. | 05909991274511 |
| 2456 | Omeprazolum | Omeprazole Genoptim, kaps. dojelitowe, twarde, 40 mg | 28 szt. | 05909991271442 |
| 2457 | Omeprazolum | Omeprazole Genoptim, kaps., 20 mg | 28 szt. | 05909990668779 |
| 2458 | Omeprazolum | Polprazol PPH, kaps. dojel. twarde, 40 mg | 28 szt. | 05909990077731 |
| 2459 | Omeprazolum | Polprazol, kaps. dojel. twarde, 20 mg | 28 szt. | 05909990772667 |
| 2460 | Omeprazolum | Prazol, kaps., 20 mg | 28 szt. | 05909990772933 |
| 2461 | Omeprazolum | Prenome, kaps. dojelitowe, twarde, 20 mg | 28 szt. | 05909991272753 |
| 2462 | Omeprazolum | Prenome, kaps. dojelitowe, twarde, 40 mg | 28 szt. | 05909991272739 |
| 2463 | Omeprazolum | Progastim, kaps. dojel., 20 mg | 1 but.po 28 szt. | 05909990635450 |
| 2464 | Omeprazolum | Ultop, kaps. dojel. twarde, 20 mg | 28 szt. | 05909990796298 |
| 2465 | Omeprazolum | Ultop, kaps. dojel., 20 mg | 56 szt. | 05909990796359 |
| 2466 | Omeprazolum | Ultop, kaps. dojel., 40 mg | 28 szt. | 05909990796533 |
| 2467 | Ondansetronum | Atossa, tabl. powl., 8 mg | 10 szt. | 05909990744510 |
| 2468 | Ondansetronum | Ondansetron Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4 mg | 10 szt. | 05909990777044 |
| 2469 | Ondansetronum | Ondansetron Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 8 mg | 10 szt. | 05909990777150 |
| 2470 | Ondansetronum | Setronon, tabl. 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** |
| 2471 | Ondansetronum | Zofran Zydis, liofilizat doustny, 8 mg | 10 szt. | 05909990888016 |
| 2472 | Ondansetronum | Zofran, tabl. powl., 4 mg | 10 szt. | 05909990001811 |
| 2473 | Ondansetronum | Zofran, tabl. powl., 8 mg | 10 szt. | 05909990001910 |
| 2474 | Oxcarbazepinum | Karbagen, tabl. powl., 150 mg | 50 szt. | 05909990048809 |
| 2475 | Oxcarbazepinum | Karbagen, tabl. powl., 300 mg | 50 szt. | 05909990048823 |
| 2476 | Oxcarbazepinum | Karbagen, tabl. powl., 600 mg | 50 szt. | 05909990048854 |
| 2477 | Oxcarbazepinum | Oxepilax, tabl., 300 mg | 50 szt. | 05909991057480 |
| 2478 | Oxcarbazepinum | Oxepilax, tabl., 600 mg | 50 szt. | 05909991057497 |
| 2479 | Oxcarbazepinum | Trileptal, tabl. powl., 300 mg | 50 szt. | 05909990825615 |
| 2480 | Oxcarbazepinum | Trileptal, tabl. powl., 600 mg | 50 szt. | 05909990825714 |
| 2481 | Oxcarbazepinum | Trileptal, zawiesina doustna, 60 mg/ml | 250 ml | 05909990747115 |
| 2482 | Oxybutynini hydrochloridum | Driptane, tabl., 5 mg | 60 szt. | 05909990783816 |
| 2483 | Oxybutynini hydrochloridum | Oxybutyninum Aflofarm, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909991427184 |
| 2484 | Oxybutynini hydrochloridum | Oxybutyninum Aflofarm, tabl., 5 mg | 60 szt. | 05909991427191 |
| 2485 | Oxycodoni hydrochloridum | Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 100 szt. | 05909990940769 |
| 2486 | Oxycodoni hydrochloridum | Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg | 100 szt. | 05909990941247 |
| 2487 | Oxycodoni hydrochloridum | Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg | 100 szt. | 05909990941407 |
| 2488 | Oxycodoni hydrochloridum | Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg | 100 szt. | 05909990941568 |
| 2489 | Oxycodoni hydrochloridum | OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 60 szt. | 05909990643943 |
| 2490 | Oxycodoni hydrochloridum | OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg | 60 szt. | 05909990644001 |
| 2491 | Oxycodoni hydrochloridum | OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg | 60 szt. | 05909990644025 |
| 2492 | Oxycodoni hydrochloridum | OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg | 60 szt. | 05909990643905 |
| 2493 | Oxycodoni hydrochloridum | OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg | 60 szt. | 05909990644049 |
| 2494 | Oxycodoni hydrochloridum | Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 60 szt. | 05909990839643 |
| 2495 | Oxycodoni hydrochloridum | Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg | 60 szt. | 05909990839780 |
| 2496 | Oxycodoni hydrochloridum | Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg | 60 szt. | 05909990840038 |
| 2497 | Oxycodoni hydrochloridum | Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg | 60 szt. | 05909990839469 |
| 2498 | Oxycodoni hydrochloridum | Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg | 60 szt. | 05909990840182 |
| 2499 | Oxycodoni hydrochloridum | Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 60 tabl. | 05909991184827 |
| 2500 | Oxycodoni hydrochloridum | Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg | 60 tabl. | 05909991184865 |
| 2501 | Oxycodoni hydrochloridum | Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg | 60 tabl. | 05909991184902 |
| 2502 | Oxycodoni hydrochloridum | Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg | 60 tabl. | 05909991184742 |
| 2503 | Oxycodoni hydrochloridum | Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg | 60 tabl. | 05909991184940 |
| 2504 | Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum | Oxyduo, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg | 60 szt. | 05908289660425 |
| 2505 | Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum | Oxyduo, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg | 60 szt. | 05908289660432 |
| 2506 | Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum | Oxyduo, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40+20 mg | 60 szt. | 05908289660449 |
| 2507 | Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum | Oxyduo, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5+2,5 mg | 60 szt. | 05908289660418 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 2508 | Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum | Oxylaxon, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg | 30 szt. | 05909991381677 |
| 2509 | Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum | Oxylaxon, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg | 30 szt. | 05909991381783 |
| 2510 | Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum | Oxylaxon, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 40+20 mg | 30 szt. | 05909991381899 |
| 2511 | Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum | Oxylaxon, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 5+2,5 mg | 30 szt. | 05909991381561 |
| 2512 | Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum | Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg | 60 szt. | 05909990741366 |
| 2513 | Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum | Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg | 60 szt. | 05909990741472 |
| 2514 | Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum | Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40+20 mg | 60 szt. | 05909990741595 |
| 2515 | Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum | Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5+2,5 mg | 60 szt. | 05909990741878 |
| 2516 | Pancreatinum | Lipancrea 16 000, kaps., 16000 j.Ph. Eur. Lipazy | 60 szt. | 05909990723164 |
| 2517 | Pantoprazolum | Anesteloc 40 mg, tabl. dojel., 40 mg | 28 szt. | 05909990621040 |
| 2518 | Pantoprazolum | Anesteloc, tabl. dojel., 20 mg | 28 szt. | 05909990621026 |
| 2519 | Pantoprazolum | Contix, tabl. dojel., 20 mg | 14 szt. | 05909991128814 |
| 2520 | Pantoprazolum | Contix, tabl. dojel., 40 mg | 14 szt. | 05909991128418 |
| 2521 | Pantoprazolum | Contix, tabl. powl., 20 mg | 112 szt. | 05909991246525 |
| 2522 | Pantoprazolum | Contix, tabl. powl., 40 mg | 112 szt. | 05909991246532 |
| 2523 | Pantoprazolum | Controloc 20, tabl. dojel., 20 mg | 14 szt. (1 blist.po 14 szt.) | 05909990478767 |
| 2524 | Pantoprazolum | Controloc 20, tabl. dojel., 20 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990478774 |
| 2525 | Pantoprazolum | Controloc 40, tabl. dojel., 40 mg | 14 szt. (1 blist.po 14 szt.) | 05909990689842 |
| 2526 | Pantoprazolum | Controloc 40, tabl. dojel., 40 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990689859 |
| 2527 | Pantoprazolum | Gerdin 20 mg, tabl. dojel., 20 mg | 28 szt. | 05909991245399 |
| 2528 | Pantoprazolum | Gerdin 40 mg, tabl. dojel., 40 mg | 28 szt. | 05909991245337 |
| 2529 | Pantoprazolum | IPP 20, tabl. dojel., 20 mg | 28 szt. | 05909990085033 |
| 2530 | Pantoprazolum | IPP 40, tabl. dojel., 40 mg | 28 szt. | 05909990082643 |
| 2531 | Pantoprazolum | Noacid, tabl. dojel., 20 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990645640 |
| 2532 | Pantoprazolum | Noacid, tabl. dojel., 40 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990645732 |
| 2533 | Pantoprazolum | Nolpaza 20 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 20 mg | 28 szt. | 05909990075003 |
| 2534 | Pantoprazolum | Nolpaza 20, tabl. dojel., 20 mg | 56 szt. | 05909990075041 |
| 2535 | Pantoprazolum | Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 40 mg | 28 szt. | 05909990075089 |
| 2536 | Pantoprazolum | Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 40 mg | 56 szt. | 05909990075126 |
| 2537 | Pantoprazolum | Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojelitowe, 40 mg | 28 szt. | 05909991448967 |
| 2538 | Pantoprazolum | Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojelitowe, 40 mg | 56 szt. | 05909991448974 |
| 2539 | Pantoprazolum | Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojelitowe, 40 mg | 28 szt. | 05909991459789 |
| 2540 | Pantoprazolum | Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojelitowe, 40 mg | 56 szt. | 05909991459796 |
| 2541 | Pantoprazolum | Nolpaza, tabl. dojel., 20 mg | 90 szt. | 05909990845521 |
| 2542 | Pantoprazolum | Nolpaza, tabl. dojel., 40 mg | 90 szt. | 05909990845552 |
| 2543 | Pantoprazolum | Ozzion, tabl. dojel., 20 mg | 28 szt. | 05909990892761 |
| 2544 | Pantoprazolum | Ozzion, tabl. dojel., 20 mg | 56 szt. | 05909991186371 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 2545 | Pantoprazolum | Ozzion, tabl. dojel., 40 mg | 28 szt. | 05909990892853 |
| 2546 | Pantoprazolum | Ozzion, tabl. dojel., 40 mg | 56 szt. | 05909991186418 |
| 2547 | Pantoprazolum | Pamyl 20 mg, tabl. dojel., 20 mg | 28 szt. | 05909991046897 |
| 2548 | Pantoprazolum | Pamyl 40 mg, tabl. dojel., 40 mg | 28 szt. | 05909991046941 |
| 2549 | Pantoprazolum | Panprazox, tabl. dojel., 20 mg | 28 szt. | 05909990817184 |
| 2550 | Pantoprazolum | Panprazox, tabl. dojel., 40 mg | 28 szt. | 05909990817320 |
| 2551 | Pantoprazolum | Panrazol, tabl. dojel., 20 mg | 28 szt. | 05909990698974 |
| 2552 | Pantoprazolum | Panrazol, tabl. dojel., 20 mg | 56 szt. | 05909990698981 |
| 2553 | Pantoprazolum | Panrazol, tabl. dojel., 40 mg | 28 szt. | 05909990699209 |
| 2554 | Pantoprazolum | Pantoprazole Bluefish, tabl. dojel., 20 mg | 28 szt. | 05909990793907 |
| 2555 | Pantoprazolum | Pantoprazole Bluefish, tabl. dojel., 40 mg | 28 szt. | 05909990794188 |
| 2556 | Pantoprazolum | Pantoprazole Genoptim, tabl. dojel., 20 mg | 28 szt. | 05909991139759 |
| 2557 | Pantoprazolum | Pantoprazole Genoptim, tabl. dojel., 40 mg | 28 szt. | 05909991035631 |
| 2558 | Pantoprazolum | Pantoprazole Genoptim, tabl. dojelitowe, 20 mg | 56 szt. | 05907553017927 |
| 2559 | Pantoprazolum | Pantoprazole Genoptim, tabl. dojelitowe, 40 mg | 56 szt. | 05907553017934 |
| 2560 | Pantoprazolum | Panzol, tabl. dojel., 20 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990652334 |
| 2561 | Pantoprazolum | Panzol, tabl. dojel., 40 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990652372 |
| 2562 | Pantoprazolum | Panzol, tabl. dojelitowe, 20 mg | 56 szt. | 05909991069681 |
| 2563 | Pantoprazolum | Ranloc, tabl. dojel., 20 mg | 28 szt. | 05909990730100 |
| 2564 | Pantoprazolum | Ranloc, tabl. dojel., 40 mg | 28 szt. | 05909990730179 |
| 2565 | Paroxetinum | Arketis tabletki 20 mg, tabl., 20 mg | 30 szt. | 05909990047109 |
| 2566 | Paroxetinum | ParoGen, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. (1 poj.po 30 szt.) | 05909990425877 |
| 2567 | Paroxetinum | ParoGen, tabl. powl., 20 mg | 60 szt. (1 poj.po 60 szt.) | 05909990425884 |
| 2568 | Paroxetinum | Paroxetine Aurovitas, tabl. powl., 20 mg | 30 tabl. | 05909991323615 |
| 2569 | Paroxetinum | Paroxetine Aurovitas, tabl. powl., 20 mg | 60 tabl. | 05909991323646 |
| 2570 | Paroxetinum | Paroxinor, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909990798346 |
| 2571 | Paroxetinum | Paxtin 20, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909990010189 |
| 2572 | Paroxetinum | Paxtin 40, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 05909990010202 |
| 2573 | Paroxetinum | Rexetin, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909991006310 |
| 2574 | Paroxetinum | Xetanor 20 mg, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909990570515 |
| 2575 | Penicillaminum | Cuprenil, tabl. powl., 250 mg | 30 szt. | 05909990126217 |
| 2576 | Perazinum | Perazin 100 mg, tabl., 100 mg | 30 szt. | 05909990858514 |
| 2577 | Perazinum | Perazin 200 mg, tabl., 200 mg | 30 szt. | 05909991033453 |
| 2578 | Perazinum | Perazin 25 mg, tabl., 25 mg | 20 szt. | 05909990858415 |
| 2579 | Perazinum | Perazin 25 mg, tabl., 25 mg | 50 szt. | 05909990914838 |
| 2580 | Perazinum | Perazin 50 mg, tabl., 50 mg | 30 szt. | 05909991033422 |
| 2581 | Perazinum | Pernazinum, tabl., 100 mg | 30 szt. | 05909990199518 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 2582 | Perazinum | Pernazinum, tabl., 25 mg | 60 szt. | 05906745439141 |
| 2583 | Perazinum | Pernazinum, tabl., 25 mg | 20 szt. | 05909990202614 |
| 2584 | Perindoprili tosilas + Amlodipinum | Vilpin Combi, tabl., 10+10 mg | 30 szt. | 05909991467715 |
| 2585 | Perindoprili tosilas + Amlodipinum | Vilpin Combi, tabl., 10+5 mg | 30 szt. | 05909991467685 |
| 2586 | Perindoprili tosilas + Amlodipinum | Vilpin Combi, tabl., 5+10 mg | 30 szt. | 05909991467678 |
| 2587 | Perindoprili tosilas + Amlodipinum | Vilpin Combi, tabl., 5+5 mg | 30 szt. | 05909991467647 |
| 2588 | Perindoprili tosilas + Indapamidum | Indix Combi, tabl. powl., 10+2,5 mg | 30 szt. | 05909991316600 |
| 2589 | Perindoprili tosilas + Indapamidum | Indix Combi, tabl. powl., 2,5+0,625 mg | 30 szt. | 05909991050290 |
| 2590 | Perindoprili tosilas + Indapamidum | Indix Combi, tabl. powl., 5+1,25 mg | 30 szt. | 05909991050344 |
| 2591 | Perindoprilum | Prenessa, tabl., 4 mg | 30 szt. (1 x 30 szt.) | 05909990569311 |
| 2592 | Perindoprilum argininum | Prestarium 10 mg, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909990336081 |
| 2593 | Perindoprilum argininum | Prestarium 5 mg, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909990337774 |
| 2594 | Perindoprilum argininum + Amlodipinum | Aramlessa, tabl., 10+10 mg | 30 szt. | 03838989745554 |
| 2595 | Perindoprilum argininum + Amlodipinum | Aramlessa, tabl., 10+5 mg | 30 szt. | 03838989745547 |
| 2596 | Perindoprilum argininum + Amlodipinum | Aramlessa, tabl., 5+5 mg | 30 szt. | 03838989745523 |
| 2597 | Perindoprilum argininum + Amlodipinum | Co-Prestarium, tabl., 10+10 mg | 30 szt. | 05909990669400 |
| 2598 | Perindoprilum argininum + Amlodipinum | Co-Prestarium, tabl., 10+5 mg | 30 szt. | 05909990669332 |
| 2599 | Perindoprilum argininum + Amlodipinum | Co-Prestarium, tabl., 5+10 mg | 30 szt. | 05909990669387 |
| 2600 | Perindoprilum argininum + Amlodipinum | Co-Prestarium, tabl., 5+5 mg | 30 szt. | 05909990669301 |
| 2601 | Perindoprilum argininum + Indapamidum | Noliprel Bi-Forte, tabl. powl., 10+2,5 mg | 30 szt. | 05909990707782 |
| 2602 | Perindoprilum argininum + Indapamidum | Noliprel Forte, tabl. powl., 5+1,25 mg | 30 szt. | 05909990055029 |
| 2603 | Perindoprilum argininum + Indapamidum | Tertensif Bi-Kombi, tabl. powl., 10+2,5 mg | 30 szt. | 05909990715206 |
| 2604 | Perindoprilum argininum + Indapamidum | Tertensif Kombi, tabl. powl., 5+1,25 mg | 30 szt. | 05909990055678 |
| 2605 | Phenobarbitalum | Luminalum Unia, tabl., 100 mg | 10 szt. | 05909990812615 |
| 2606 | Phenobarbitalum | Luminalum, tabl., 100 mg | 10 szt. | 05909990260614 |
| 2607 | Phenoxymethylpenicillinum | Ospen 1500, tabl. powl., 1500000 j.m. | 30 szt. | 05909990071029 |
| 2608 | Phenoxymethylpenicillinum | Ospen 750, zawiesina doustna, 750000 j.m./5 ml | 150 ml | 05909990363223 |
| 2609 | Phenoxymethylpenicillinum kalicum | Ospen 1000, tabl. powl., 1000000 j.m. | 12 szt. | 05909990070916 |
| 2610 | Phenoxymethylpenicillinum kalicum | Ospen 1000, tabl. powl., 1000000 j.m. | 30 szt. | 05909990070923 |
| 2611 | Phenoxymethylpenicillinum kalicum | Ospen 1500, tabl. powl., 1500000 j.m. | 12 szt. | 05909990071012 |
| 2612 | Phenoxymetylopenicillinum potassium | Polcylin, Granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/ml | 1 but. 125 ml | 05904016013205 |
| 2613 | Phenoxymetylopenicillinum potassium | Polcylin, Granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/ml | 1 but. 60 ml | 05904016013212 |
| 2614 | Phenytoinum | Phenytoinum WZF, tabl., 100 mg | 60 szt. | 05909990093519 |
| 2615 | Phytomenadionum (vit. K1) | Vitacon, tabl. drażowane, 10 mg | 30 szt. | 05909990772810 |
| 2616 | Pilocarpini hydrochloridum | Pilocarpinum WZF 2%, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml | 10 ml (2x5 ml) | 05909990237524 |
| 2617 | Piribedilum | Pronoran, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 05909990846320 |
| 2618 | pojedyncze alergoidy pyłków roślin | Purethal, zawiesina do wstrzykiwań, 20000 AUM/ml | 1 fiol.po 3 ml + 8 strz. z igłą | 05909990975310 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 2619 | Posaconazolum | Posaconazole Glenmark, zawiesina doustna, 40 mg/ml | 105 ml | 08595112678152 |
| 2620 | Posaconazolum | Posaconazole Mylan, zawiesina doustna, 40 mg/ml | 105 ml | 05901797710743 |
| 2621 | Posaconazolum | Posaconazole Stada, zawiesina doustna, 40 mg/ml | 105 ml | 05909991368562 |
| 2622 | Posaconazolum | Posaconazole Teva, zawiesina doustna, 40 mg/ml | 105 ml | 05909991422059 |
| 2623 | Pramipexolum | Oprymea, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,26+0,52+1,05 mg | 21 szt. | 05909991238773 |
| 2624 | Pramipexolum | Oprymea, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1,05 mg | 30 szt. | 05909991238582 |
| 2625 | Pramipexolum | Oprymea, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1,57 mg | 30 szt. | 05909991238629 |
| 2626 | Pramipexolum | Oprymea, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2,1 mg | 30 szt. | 05909991238667 |
| 2627 | Prednisolonum | Encortolon, tabl., 5 mg | 20 szt. | 05904374007946 |
| 2628 | Prednisolonum | Predasol, tabl., 20 mg | 20 szt. | 05909991356712 |
| 2629 | Prednisonum | Encorton, tabl., 1 mg | 20 szt. | 05909991289416 |
| 2630 | Prednisonum | Encorton, tabl., 10 mg | 20 szt. | 05909990405312 |
| 2631 | Prednisonum | Encorton, tabl., 20 mg | 20 szt. | 05909990405411 |
| 2632 | Prednisonum | Encorton, tabl., 5 mg | 20 szt. | 05909990641185 |
| 2633 | Prednisonum | Encorton, tabl., 5 mg | 100 szt. | 05909990641192 |
| 2634 | Pregabalinum | Lyrica, kaps. twarde, 150 mg | 56 szt. | 05903792743252 |
| 2635 | Pregabalinum | Lyrica, kaps. twarde, 150 mg | 14 szt. | 05909990009350 |
| 2636 | Pregabalinum | Lyrica, kaps. twarde, 150 mg | 56 szt. | 05909990009367 |
| 2637 | Pregabalinum | Lyrica, kaps. twarde, 75 mg | 14 szt. | 05909990009282 |
| 2638 | Pregabalinum | Lyrica, kaps. twarde, 75 mg | 56 szt. | 05909990009299 |
| 2639 | Pregabalinum | Lyrica, kapsułki twarde, 150 mg | 56 szt. | 05901878600550 |
| 2640 | Pregabalinum | Lyrica, kapsułki twarde, 75 mg | 56 szt. | 05901878600543 |
| 2641 | Pregabalinum | Naxalgan, kaps. twarde, 150 mg | 60 szt. | 05909991378295 |
| 2642 | Pregabalinum | Naxalgan, kaps. twarde, 75 mg | 60 szt. | 05909991378226 |
| 2643 | Pregabalinum | Preato, tabl., 100 mg | 56 szt. | 05909991400460 |
| 2644 | Pregabalinum | Preato, tabl., 150 mg | 56 szt. | 05909991400477 |
| 2645 | Pregabalinum | Preato, tabl., 200 mg | 56 szt. | 05909991400484 |
| 2646 | Pregabalinum | Preato, tabl., 75 mg | 56 szt. | 05909991400453 |
| 2647 | Pregabalinum | Preato, tabl., 75 mg | 28 szt. | 05909991421236 |
| 2648 | Pregabalinum | Pregabalin Sandoz, kaps. twarde, 150 mg | 70 szt. | 05907626705072 |
| 2649 | Pregabalinum | Pregabalin Sandoz, kaps. twarde, 75 mg | 70 szt. | 05907626704839 |
| 2650 | Progesteronum | Cyclogest, glob. dopochwowe, 400 mg | 15 szt. | 05907594032521 |
| 2651 | Progesteronum | Luteina 50, tabl. podjęzykowe, 50 mg | 30 szt. | 05906414002355 |
| 2652 | Progesteronum | Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg | 30 szt. | 05909991076207 |
| 2653 | Progesteronum | Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg | 60 szt. | 05909991103231 |
| 2654 | Progesteronum | Luteina, tabl. dopochwowe, 200 mg | 30 szt. | 05909991076238 |
| 2655 | Progesteronum | Luteina, tabl. dopochwowe, 50 mg | 30 szt. | 05909990569380 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 2656 | Progesteronum | Utrogestan, kaps. dopochwowe, miękkie, 200 mg | 15 szt. | 05909991401450 |
| 2657 | Propafenoni hydrochloridum | Polfenon, tabl. powl., 150 mg | 20 szt. | 05909990034123 |
| 2658 | Propranololi hydrochloridum | Propranolol Accord, tabl. powl., 10 mg | 50 szt. | 05909991033507 |
| 2659 | Propranololi hydrochloridum | Propranolol Accord, tabl. powl., 40 mg | 50 szt. | 05909991033590 |
| 2660 | Propranololi hydrochloridum | Propranolol WZF, tabl., 10 mg | 50 szt. | 05909990112111 |
| 2661 | Propranololi hydrochloridum | Propranolol WZF, tabl., 40 mg | 50 szt. | 05909990112210 |
| 2662 | Pyrazinamidum | Pyrazinamid Farmapol, tabl., 500 mg | 250 szt. | 05909990263516 |
| 2663 | Pyridostigmini bromidum | Mestinon, tabl. drażowane, 60 mg | 150 szt. | 05909991014421 |
| 2664 | Quetiapinum | ApoTiapina, tabl. powl., 100 mg | 60 tabl. | 05909990910762 |
| 2665 | Quetiapinum | ApoTiapina, tabl. powl., 200 mg | 60 tabl. | 05909990910779 |
| 2666 | Quetiapinum | ApoTiapina, tabl. powl., 25 mg | 30 tabl. | 05909990897780 |
| 2667 | Quetiapinum | Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 60 szt. | 05909991326319 |
| 2668 | Quetiapinum | Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg | 60 szt. | 05909991326371 |
| 2669 | Quetiapinum | Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg | 60 szt. | 05909991326432 |
| 2670 | Quetiapinum | Bonogren, tabl. powl., 100 mg | 60 szt. | 05909990719853 |
| 2671 | Quetiapinum | Bonogren, tabl. powl., 200 mg | 60 szt. | 05909990720163 |
| 2672 | Quetiapinum | Bonogren, tabl. powl., 25 mg | 30 szt. | 05909990719389 |
| 2673 | Quetiapinum | Bonogren, tabl. powl., 300 mg | 60 szt. | 05909990720309 |
| 2674 | Quetiapinum | Etiagen, tabl. powl., 100 mg | 60 szt. | 05909990806362 |
| 2675 | Quetiapinum | Etiagen, tabl. powl., 200 mg | 60 szt. | 05909990806386 |
| 2676 | Quetiapinum | Etiagen, tabl. powl., 25 mg | 30 szt. | 05909990806355 |
| 2677 | Quetiapinum | Kefrenex, tabl. powl., 100 mg | 60 szt. | 05909990722365 |
| 2678 | Quetiapinum | Kefrenex, tabl. powl., 200 mg | 60 szt. | 05909990722426 |
| 2679 | Quetiapinum | Kefrenex, tabl. powl., 300 mg | 60 szt. | 05909990722327 |
| 2680 | Quetiapinum | Ketilept 100 mg, tabl. powl., 100 mg | 60 szt. | 05909990055562 |
| 2681 | Quetiapinum | Ketilept 200 mg, tabl. powl., 200 mg | 60 szt. | 05909990055593 |
| 2682 | Quetiapinum | Ketilept 25 mg, tabl. powl., 25 mg | 30 szt. | 05909990055531 |
| 2683 | Quetiapinum | Ketilept 300 mg, tabl. powl., 300 mg | 60 szt. | 05909990055630 |
| 2684 | Quetiapinum | Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 150 mg | 60 szt. | 05909991219420 |
| 2685 | Quetiapinum | Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 200 mg | 60 szt. | 05909991219468 |
| 2686 | Quetiapinum | Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 300 mg | 60 szt. | 05909991219505 |
| 2687 | Quetiapinum | Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 400 mg | 60 szt. | 05909991219543 |
| 2688 | Quetiapinum | Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 50 mg | 60 szt. | 05909991219383 |
| 2689 | Quetiapinum | Ketipinor, tabl. powl., 100 mg | 30 szt. | 05909990058778 |
| 2690 | Quetiapinum | Ketipinor, tabl. powl., 100 mg | 100 szt. | 05909990058785 |
| 2691 | Quetiapinum | Ketipinor, tabl. powl., 100 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990081233 |
| 2692 | Quetiapinum | Ketipinor, tabl. powl., 200 mg | 30 szt. | 05909990058754 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 2693 | Quetiapinum | Ketipinor, tabl. powl., 200 mg | 100 szt. | 05909990058761 |
| 2694 | Quetiapinum | Ketipinor, tabl. powl., 200 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990081196 |
| 2695 | Quetiapinum | Ketipinor, tabl. powl., 25 mg | 100 szt. | 05909990058808 |
| 2696 | Quetiapinum | Ketipinor, tabl. powl., 300 mg | 60 szt. | 05909990779062 |
| 2697 | Quetiapinum | Ketrel, tabl. powl., 100 mg | 60 szt. | 05909990430857 |
| 2698 | Quetiapinum | Ketrel, tabl. powl., 200 mg | 60 szt. | 05909990430888 |
| 2699 | Quetiapinum | Ketrel, tabl. powl., 25 mg | 30 szt. | 05909990430840 |
| 2700 | Quetiapinum | Kvelux SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 200 mg | 60 szt. | 05909991219901 |
| 2701 | Quetiapinum | Kvelux SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 300 mg | 60 szt. | 05909991219963 |
| 2702 | Quetiapinum | Kvelux SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 400 mg | 60 szt. | 05909991220020 |
| 2703 | Quetiapinum | Kvelux SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 50 mg | 30 szt. | 05909991219758 |
| 2704 | Quetiapinum | Kventiax 100 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 100 mg | 60 szt. | 05909990074143 |
| 2705 | Quetiapinum | Kventiax 200 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 200 mg | 60 szt. | 05909990074235 |
| 2706 | Quetiapinum | Kventiax 25 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 25 mg | 30 szt. | 05909990074068 |
| 2707 | Quetiapinum | Kventiax 300 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 300 mg | 60 szt. | 05909990074280 |
| 2708 | Quetiapinum | Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 60 szt. | 05909991205591 |
| 2709 | Quetiapinum | Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 60 szt. | 05909991205676 |
| 2710 | Quetiapinum | Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg | 60 szt. | 05909991205737 |
| 2711 | Quetiapinum | Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg | 60 szt. | 05909991380922 |
| 2712 | Quetiapinum | Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg | 60 szt. | 05909991255367 |
| 2713 | Quetiapinum | Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 60 szt. | 05906414000894 |
| 2714 | Quetiapinum | Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 60 szt. | 05909990965373 |
| 2715 | Quetiapinum | Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg | 60 szt. | 05909990965403 |
| 2716 | Quetiapinum | Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg | 60 szt. | 05909990965441 |
| 2717 | Quetiapinum | Kwetaplex XR, tabl. powl., 50 mg | 30 szt. | 05909990965335 |
| 2718 | Quetiapinum | Kwetaplex, tabl. powl., 100 mg | 60 szt. | 05909990688234 |
| 2719 | Quetiapinum | Kwetaplex, tabl. powl., 150 mg | 60 szt. | 05909990688272 |
| 2720 | Quetiapinum | Kwetaplex, tabl. powl., 200 mg | 60 szt. | 05909990688296 |
| 2721 | Quetiapinum | Kwetaplex, tabl. powl., 25 mg | 30 szt. | 05909990688241 |
| 2722 | Quetiapinum | Kwetaplex, tabl. powl., 300 mg | 60 szt. | 05909990688265 |
| 2723 | Quetiapinum | Kwetina, tabl. powl., 100 mg | 60 szt. | 05909991498870 |
| 2724 | Quetiapinum | Kwetina, tabl. powl., 200 mg | 60 szt. | 05909991498887 |
| 2725 | Quetiapinum | Kwetina, tabl. powl., 25 mg | 30 szt. | 05909991498856 |
| 2726 | Quetiapinum | Pinexet 100 mg, tabl. powl., 100 mg | 60 szt. | 05909990788590 |
| 2727 | Quetiapinum | Pinexet 200 mg, tabl. powl., 200 mg | 60 szt. | 05909990788651 |
| 2728 | Quetiapinum | Pinexet 25 mg, tabl. powl., 25 mg | 30 szt. | 05909990788583 |
| 2729 | Quetiapinum | Pinexet 300 mg, tabl. powl., 300 mg | 60 szt. | 05909990788675 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 2730 | Quetiapinum | Setinin, tabl. powl., 100 mg | 60 szt. | 05909990736393 |
| 2731 | Quetiapinum | Setinin, tabl. powl., 200 mg | 60 szt. | 05909990736461 |
| 2732 | Quetiapinum | Setinin, tabl. powl., 300 mg | 60 szt. | 05909990736492 |
| 2733 | Quetiapinum | Symquel XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 60 szt. | 05909991087180 |
| 2734 | Quetiapinum | Symquel XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg | 60 szt. | 05909991087258 |
| 2735 | Quetiapinum | Symquel XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg | 60 szt. | 05909991087005 |
| 2736 | Quinapril | Pulsaren 20, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909991165710 |
| 2737 | Quinaprilum | Acurenal, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909991125516 |
| 2738 | Quinaprilum | Acurenal, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909991125615 |
| 2739 | Quinaprilum | Acurenal, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 05909990953882 |
| 2740 | Quinaprilum | Acurenal, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909991125417 |
| 2741 | Ramiprilum | Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990571468 |
| 2742 | Ramiprilum | Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg | 60 szt. | 05909990571475 |
| 2743 | Ramiprilum | Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991308971 |
| 2744 | Ramiprilum | Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991340766 |
| 2745 | Ramiprilum | Ampril 5 mg tabletki, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990571499 |
| 2746 | Ramiprilum | Ampril 5 mg tabletki, tabl., 5 mg | 60 szt. | 05909990571505 |
| 2747 | Ramiprilum | ApoRami/Ramipril Aurovitas, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991326012 |
| 2748 | Ramiprilum | ApoRami/Ramipril Aurovitas, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909991325954 |
| 2749 | Ramiprilum | Axtil, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990337989 |
| 2750 | Ramiprilum | Axtil, tabl., 2,5 mg | 30 szt. | 05909990337958 |
| 2751 | Ramiprilum | Axtil, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990337972 |
| 2752 | Ramiprilum | Piramil 10 mg, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909990661756 |
| 2753 | Ramiprilum | Piramil 10 mg, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991344603 |
| 2754 | Ramiprilum | Piramil 10 mg, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991443016 |
| 2755 | Ramiprilum | Piramil 10 mg, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991477813 |
| 2756 | Ramiprilum | Piramil 10 mg, tabletki, 10 mg | 30 szt. | 05909991369910 |
| 2757 | Ramiprilum | Piramil 2,5 mg, tabl., 2,5 mg | 30 szt. | 05909990212170 |
| 2758 | Ramiprilum | Piramil 5 mg, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990212248 |
| 2759 | Ramiprilum | Piramil 5 mg, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909991338268 |
| 2760 | Ramiprilum | Piramil 5 mg, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909991440787 |
| 2761 | Ramiprilum | Piramil 5 mg, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909991479305 |
| 2762 | Ramiprilum | Piramil 5 mg, tabletki, 5 mg | 30 szt. | 05909991369903 |
| 2763 | Ramiprilum | Polpril, kaps. twarde, 10 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990694655 |
| 2764 | Ramiprilum | Polpril, kaps. twarde, 5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990694631 |
| 2765 | Ramiprilum | Polpril, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909990924653 |
| 2766 | Ramiprilum | Polpril, tabl., 2,5 mg | 28 szt. | 05909990924608 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 2767 | Ramiprilum | Polpril, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909990924646 |
| 2768 | Ramiprilum | Ramicor, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909991093334 |
| 2769 | Ramiprilum | Ramicor, tabl. powl., 2,5 mg | 28 szt. | 05909991093280 |
| 2770 | Ramiprilum | Ramicor, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909991093303 |
| 2771 | Ramiprilum | Ramipril Genoptim, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991316655 |
| 2772 | Ramiprilum | Ramipril Genoptim, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909991316464 |
| 2773 | Ramiprilum | Tritace 10, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909990916016 |
| 2774 | Ramiprilum | Tritace 10, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991401566 |
| 2775 | Ramiprilum | Tritace 10, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991411640 |
| 2776 | Ramiprilum | Tritace 10, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991427153 |
| 2777 | Ramiprilum | Tritace 10, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991447540 |
| 2778 | Ramiprilum | Tritace 10, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991452100 |
| 2779 | Ramiprilum | Tritace 10, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991458348 |
| 2780 | Ramiprilum | Tritace 10, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991463403 |
| 2781 | Ramiprilum | Tritace 2,5, tabl., 2,5 mg | 28 szt. | 05909990478217 |
| 2782 | Ramiprilum | Tritace 5, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909990478316 |
| 2783 | Ramiprilum | Tritace 5, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909991480448 |
| 2784 | Ramiprilum | Tritace 5, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909991480523 |
| 2785 | Ramiprilum | Tritace 5, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909991482398 |
| 2786 | Ramiprilum | Vivace 10 mg, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990610532 |
| 2787 | Ramiprilum | Vivace 10 mg, tabl., 10 mg | 90 szt. | 05909991004392 |
| 2788 | Ramiprilum | Vivace 10 mg, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991427276 |
| 2789 | Ramiprilum | Vivace 10 mg, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991447939 |
| 2790 | Ramiprilum | Vivace 10 mg, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991461973 |
| 2791 | Ramiprilum | Vivace 2,5 mg, tabl., 2,5 mg | 30 szt. | 05909990610440 |
| 2792 | Ramiprilum | Vivace 2,5 mg, tabl., 2,5 mg | 90 szt. | 05909991004378 |
| 2793 | Ramiprilum | Vivace 5 mg, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990610495 |
| 2794 | Ramiprilum | Vivace 5 mg, tabl., 5 mg | 90 szt. | 05909991004385 |
| 2795 | Ramiprilum | Vivace 5 mg, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909991427252 |
| 2796 | Ramiprilum | Vivace 5 mg, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909991447953 |
| 2797 | Ramiprilum | Vivace 5 mg, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909991461959 |
| 2798 | Ramiprilum + Amlodipinum | Egiramlon, kaps. twarde, 10+10 mg | 30 szt. | 05909990936885 |
| 2799 | Ramiprilum + Amlodipinum | Egiramlon, kaps. twarde, 10+5 mg | 30 szt. | 05909990936854 |
| 2800 | Ramiprilum + Amlodipinum | Egiramlon, kaps. twarde, 5+10 mg | 30 szt. | 05909990936809 |
| 2801 | Ramiprilum + Amlodipinum | Egiramlon, kaps. twarde, 5+5 mg | 30 szt. | 05909990936779 |
| 2802 | Ramiprilum + Amlodipinum | Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+10 mg | 60 szt. | 05909991142728 |
| 2803 | Ramiprilum + Amlodipinum | Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+10 mg | 30 szt. | 05909991142759 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 2804 | Ramiprilum + Amlodipinum | Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+5 mg | 30 szt. | 05909991142636 |
| 2805 | Ramiprilum + Amlodipinum | Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+5 mg | 60 szt. | 05909991142643 |
| 2806 | Ramiprilum + Amlodipinum | Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+10 mg | 60 szt. | 05909991142674 |
| 2807 | Ramiprilum + Amlodipinum | Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+10 mg | 30 szt. | 05909991142681 |
| 2808 | Ramiprilum + Amlodipinum | Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+5 mg | 60 szt. | 05909991142513 |
| 2809 | Ramiprilum + Amlodipinum | Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+5 mg | 30 szt. | 05909991142520 |
| 2810 | Ramiprilum + Amlodipinum | Rimal, kaps. twarde, 10+10 mg | 30 szt. | 05903060611542 |
| 2811 | Ramiprilum + Amlodipinum | Rimal, kaps. twarde, 10+5 mg | 30 szt. | 05903060611504 |
| 2812 | Ramiprilum + Amlodipinum | Rimal, kaps. twarde, 5+10 mg | 30 szt. | 05903060611467 |
| 2813 | Ramiprilum + Amlodipinum | Rimal, kaps. twarde, 5+5 mg | 30 szt. | 05903060611429 |
| 2814 | Ramiprilum + Amlodipinum | Sumilar, kaps. twarde, 10+10 mg | 30 szt. | 05907626709520 |
| 2815 | Ramiprilum + Amlodipinum | Sumilar, kaps. twarde, 10+5 mg | 30 szt. | 05907626709513 |
| 2816 | Ramiprilum + Amlodipinum | Sumilar, kaps. twarde, 5+10 mg | 30 szt. | 05907626709506 |
| 2817 | Ramiprilum + Amlodipinum | Sumilar, kaps. twarde, 5+5 mg | 30 szt. | 05907626709490 |
| 2818 | Ramiprilum + Felodipinum | Delmuno 2,5, tabl. powl., 2,5+2,5 mg | 28 szt. | 05909990973118 |
| 2819 | Ramiprilum + Felodipinum | Delmuno 5, tabl. powl., 5+5 mg | 28 szt. | 05909990973217 |
| 2820 | Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum | Ampril HD, tabl., 5+25 mg | 30 szt. | 05909990573233 |
| 2821 | Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum | Ampril HL, tabl., 2,5+12,5 mg | 30 szt. | 05909990573226 |
| 2822 | Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum | Tritace 2,5 Comb, tabl., 2,5+12,5 mg | 28 szt. | 05909990885312 |
| 2823 | Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum | Tritace 5 Comb, tabl., 5+25 mg | 28 szt. | 05909990885411 |
| 2824 | Rifampicinum | Rifampicyna TZF, kaps. twarde, 150 mg | 100 szt. | 05909990085019 |
| 2825 | Rifampicinum | Rifampicyna TZF, kaps. twarde, 300 mg | 100 szt. | 05909990084913 |
| 2826 | Rifampicinum + Isoniazidum | Rifamazid, kaps. twarde, 150 + 100 mg | 100 szt. | 05909990086115 |
| 2827 | Rifampicinum + Isoniazidum | Rifamazid, kaps. twarde, 300 + 150 mg | 100 szt. | 05909990086214 |
| 2828 | Riluzolum | Riluzol PMCS, tabl. powl., 50 mg | 56 szt. | 05909990928156 |
| 2829 | Risperidonum | Orizon, roztwór doustny, 1 mg/ml | 1 but. 100 ml | 05909990690138 |
| 2830 | Risperidonum | Orizon, tabl. powl., 1 mg | 20 szt. | 05909990831258 |
| 2831 | Risperidonum | Orizon, tabl. powl., 1 mg | 60 szt. | 05909990831265 |
| 2832 | Risperidonum | Orizon, tabl. powl., 2 mg | 60 szt. | 05909990831272 |
| 2833 | Risperidonum | Orizon, tabl. powl., 3 mg | 60 szt. | 05909990831289 |
| 2834 | Risperidonum | Orizon, tabl. powl., 4 mg | 60 szt. | 05909990831296 |
| 2835 | Risperidonum | Risperidon Vipharm, tabl. powl., 1 mg | 20 szt. | 05909990044481 |
| 2836 | Risperidonum | Risperidon Vipharm, tabl. powl., 2 mg | 20 szt. | 05909990044344 |
| 2837 | Risperidonum | Risperidon Vipharm, tabl. powl., 3 mg | 20 szt. | 05909990044252 |
| 2838 | Risperidonum | Risperidon Vipharm, tabl. powl., 4 mg | 20 szt. | 05909990044146 |
| 2839 | Risperidonum | Risperon, tabl. powl., 1 mg | 20 szt. | 05909990336524 |
| 2840 | Risperidonum | Risperon, tabl. powl., 1 mg | 60 szt. | 05909990336548 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 2841 | Risperidonum | Risperon, tabl. powl., 2 mg | 20 szt. | 05909990336487 |
| 2842 | Risperidonum | Risperon, tabl. powl., 2 mg | 60 szt. | 05909990336500 |
| 2843 | Risperidonum | Risperon, tabl. powl., 3 mg | 20 szt. | 05909990336555 |
| 2844 | Risperidonum | Risperon, tabl. powl., 3 mg | 60 szt. | 05909990336579 |
| 2845 | Risperidonum | Risperon, tabl. powl., 4 mg | 20 szt. | 05909990336586 |
| 2846 | Risperidonum | Risperon, tabl. powl., 4 mg | 60 szt. | 05909990336609 |
| 2847 | Risperidonum | Rispolept, roztwór doustny, 1 mg/ml | 100 ml | 05909990423828 |
| 2848 | Risperidonum | Rispolept, tabl. powl., 1 mg | 20 szt. | 05909990670413 |
| 2849 | Risperidonum | Rispolept, tabl. powl., 2 mg | 20 szt. | 05909990670512 |
| 2850 | Risperidonum | Rispolept, tabl. powl., 3 mg | 20 szt. | 05909990670611 |
| 2851 | Risperidonum | Rispolept, tabl. powl., 4 mg | 20 szt. | 05909990670710 |
| 2852 | Risperidonum | Ryspolit, tabl. powl., 1 mg | 20 szt. | 05909990567683 |
| 2853 | Risperidonum | Ryspolit, tabl. powl., 2 mg | 20 szt. | 05909990567737 |
| 2854 | Risperidonum | Ryspolit, tabl. powl., 3 mg | 20 szt. | 05909990567935 |
| 2855 | Risperidonum | Ryspolit, tabl. powl., 4 mg | 20 szt. | 05909990568031 |
| 2856 | Risperidonum | Torendo Q-Tab 1 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg | 20 szt. | 05909990034932 |
| 2857 | Risperidonum | Torendo Q-Tab 1 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg | 50 szt. | 05909990680849 |
| 2858 | Risperidonum | Torendo Q-Tab 2 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2 mg | 20 szt. | 05909990034994 |
| 2859 | Risperidonum | Torendo Q-Tab 2 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2 mg | 50 szt. | 05909990680863 |
| 2860 | Rivaroxabanum | Xarelto, tabl. powl., 15 mg | 14 szt. | 05909990910601 |
| 2861 | Rivaroxabanum | Xarelto, tabl. powl., 15 mg | 42 szt. | 05909990910663 |
| 2862 | Rivaroxabanum | Xarelto, tabl. powl., 20 mg | 14 szt. | 05909990910700 |
| 2863 | Rivaroxabanum | Xarelto, tabl., 10 mg | 10 szt. | 05909990658145 |
| 2864 | Rivastigminum | Evertas, system transdermalny, plaster, 13,3 mg/24 h | 30 szt. | 05909991478117 |
| 2865 | Rivastigminum | Evertas, system transdermalny, plaster, 4,6 mg/24h | 30 szt. | 05909991078386 |
| 2866 | Rivastigminum | Evertas, system transdermalny, plaster, 9,5 mg/24h | 30 szt. | 05909991078454 |
| 2867 | Rivastigminum | Evertas, system transdermalny, plaster, 9,5 mg/24h | 30 szt. | 05909991421762 |
| 2868 | Rivastigminum | Evertas, system transdermalny, plaster, 9,5 mg/24h | 30 szt. | 05909991439415 |
| 2869 | Rivastigminum | Exelon, system transdermalny, 13,3 mg/24h | 30 sasz. | 05909991032609 |
| 2870 | Rivastigminum | Exelon, system transdermalny, 4,6 mg/24h | 30 sasz. | 05909990066704 |
| 2871 | Rivastigminum | Exelon, system transdermalny, 9,5 mg/24h | 30 sasz. | 05909990066766 |
| 2872 | Rivastigminum | Nimvastid, kaps. twarde, 1,5 mg | 28 szt. | 05909990700646 |
| 2873 | Rivastigminum | Nimvastid, kaps. twarde, 3 mg | 28 szt. | 05909990700684 |
| 2874 | Rivastigminum | Nimvastid, kaps. twarde, 3 mg | 56 szt. | 05909990700707 |
| 2875 | Rivastigminum | Nimvastid, kaps. twarde, 4,5 mg | 28 szt. | 05909990700738 |
| 2876 | Rivastigminum | Nimvastid, kaps. twarde, 4,5 mg | 56 szt. | 05909990700752 |
| 2877 | Rivastigminum | Nimvastid, kaps. twarde, 6 mg | 28 szt. | 05909990700790 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 2878 | Rivastigminum | Nimvastid, kaps. twarde, 6 mg | 56 szt. | 05909990700844 |
| 2879 | Rivastigminum | Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1,5 mg | 28 szt. | 05909990700660 |
| 2880 | Rivastigminum | Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 3 mg | 28 szt. | 05909990700691 |
| 2881 | Rivastigminum | Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 3 mg | 56 szt. | 05909990700721 |
| 2882 | Rivastigminum | Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4,5 mg | 28 szt. | 05909990700745 |
| 2883 | Rivastigminum | Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4,5 mg | 56 szt. | 05909990700769 |
| 2884 | Rivastigminum | Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 6 mg | 28 szt. | 05909990700806 |
| 2885 | Rivastigminum | Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 6 mg | 56 szt. | 05909990700851 |
| 2886 | Rivastigminum | Ristidic, kaps. twarde, 1,5 mg | 28 szt. | 05909990782048 |
| 2887 | Rivastigminum | Ristidic, kaps. twarde, 1,5 mg | 56 szt. | 05909990782055 |
| 2888 | Rivastigminum | Ristidic, kaps. twarde, 3 mg | 28 szt. | 05909990782079 |
| 2889 | Rivastigminum | Ristidic, kaps. twarde, 3 mg | 56 szt. | 05909990782086 |
| 2890 | Rivastigminum | Ristidic, kaps. twarde, 4,5 mg | 28 szt. | 05909990782147 |
| 2891 | Rivastigminum | Ristidic, kaps. twarde, 4,5 mg | 56 szt. | 05909990782154 |
| 2892 | Rivastigminum | Ristidic, kaps. twarde, 6 mg | 28 szt. | 05909990782178 |
| 2893 | Rivastigminum | Ristidic, kaps. twarde, 6 mg | 56 szt. | 05909990782185 |
| 2894 | Rivastigminum | Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 1,5 mg | 28 szt. | 05909990982981 |
| 2895 | Rivastigminum | Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 3 mg | 28 szt. | 05909990983162 |
| 2896 | Rivastigminum | Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 3 mg | 56 szt. | 05909990983179 |
| 2897 | Rivastigminum | Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 4,5 mg | 28 szt. | 05909990983308 |
| 2898 | Rivastigminum | Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 4,5 mg | 56 szt. | 05909990983322 |
| 2899 | Rivastigminum | Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 6 mg | 28 szt. | 05909990983506 |
| 2900 | Rivastigminum | Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 6 mg | 56 szt. | 05909990983544 |
| 2901 | Rivastigminum | Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 3 mg | 28 szt. | 05909990778935 |
| 2902 | Rivastigminum | Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 3 mg | 56 szt. | 05909990778942 |
| 2903 | Rivastigminum | Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 4,5 mg | 56 szt. | 05909990778973 |
| 2904 | Rivastigminum | Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 6 mg | 56 szt. | 05909990779000 |
| 2905 | Ropinirolum | Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg | 28 szt. | 05909990877683 |
| 2906 | Ropinirolum | Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg | 28 szt. | 05909990878000 |
| 2907 | Ropinirolum | Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg | 28 szt. | 05909990878086 |
| 2908 | Ropinirolum | ApoRopin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg | 28 szt. | 05909990992607 |
| 2909 | Ropinirolum | ApoRopin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg | 28 szt. | 05909990992683 |
| 2910 | Ropinirolum | ApoRopin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg | 28 szt. | 05909990992775 |
| 2911 | Ropinirolum | Aropilo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg | 28 szt. | 05909990998586 |
| 2912 | Ropinirolum | Aropilo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg | 28 szt. | 05909990998982 |
| 2913 | Ropinirolum | Aropilo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg | 28 szt. | 05909990999156 |
| 2914 | Ropinirolum | Aropilo, tabl. powl., 0,25 mg | 210 szt. | 05909990731954 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 2915 | Ropinirolum | Aropilo, tabl. powl., 0,5 mg | 21 szt. | 05909990731985 |
| 2916 | Ropinirolum | Aropilo, tabl. powl., 1 mg | 21 szt. | 05909990732074 |
| 2917 | Ropinirolum | Aropilo, tabl. powl., 2 mg | 21 szt. | 05909990732227 |
| 2918 | Ropinirolum | Aropilo, tabl. powl., 5 mg | 21 szt. | 05909990732333 |
| 2919 | Ropinirolum | Ceurolex SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg | 28 szt. | 05909991049294 |
| 2920 | Ropinirolum | Ceurolex SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg | 28 szt. | 05909991049355 |
| 2921 | Ropinirolum | Ceurolex SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg | 28 szt. | 05909991049393 |
| 2922 | Ropinirolum | Nironovo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg | 28 szt. | 05909990990085 |
| 2923 | Ropinirolum | Nironovo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg | 28 szt. | 05909990990092 |
| 2924 | Ropinirolum | Nironovo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg | 28 szt. | 05909990990108 |
| 2925 | Ropinirolum | Polpix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg | 28 szt. | 05909990988198 |
| 2926 | Ropinirolum | Polpix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg | 28 szt. | 05909990988204 |
| 2927 | Ropinirolum | Polpix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg | 28 szt. | 05909990988242 |
| 2928 | Ropinirolum | Repirol SR, tabl. doustne o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg | 28 szt. | 05909990983582 |
| 2929 | Ropinirolum | Repirol SR, tabl. doustne o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg | 28 szt. | 05909990983803 |
| 2930 | Ropinirolum | Repirol SR, tabl. doustne o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg | 28 szt. | 05909990983971 |
| 2931 | Ropinirolum | Requip, tabl. powl., 0,5 mg | 21 szt. | 05909990013685 |
| 2932 | Ropinirolum | Requip, tabl. powl., 1 mg | 21 szt. | 05909990013890 |
| 2933 | Ropinirolum | Requip, tabl. powl., 2 mg | 21 szt. | 05909990013586 |
| 2934 | Ropinirolum | Requip, tabl. powl., 5 mg | 21 szt. | 05909990013968 |
| 2935 | Ropinirolum | Requip-Modutab, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg | 28 szt. | 05909990644728 |
| 2936 | Ropinirolum | Requip-Modutab, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg | 28 szt. | 05909990644612 |
| 2937 | Ropinirolum | Requip-Modutab, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg | 28 szt. | 05909990644636 |
| 2938 | Ropinirolum | Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg | 84 szt. | 05909991033781 |
| 2939 | Ropinirolum | Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg | 84 szt. | 05909991033798 |
| 2940 | Ropinirolum | Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg | 84 szt. | 05909991033804 |
| 2941 | Ropinirolum | Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg | 28 szt. | 05909990855766 |
| 2942 | Ropinirolum | Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg | 28 szt. | 05909990855773 |
| 2943 | Ropinirolum | Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg | 28 szt. | 05909991391485 |
| 2944 | Ropinirolum | Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg | 28 szt. | 05909990855780 |
| 2945 | Ropinirolum | Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg | 28 szt. | 05909991391683 |
| 2946 | Ropinirolum | Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg | 28 szt. | 05909990963874 |
| 2947 | Ropinirolum | Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg | 28 szt. | 05909990964239 |
| 2948 | Ropinirolum | Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg | 28 szt. | 05909990964321 |
| 2949 | Rosuvastatinum | ApoRoza, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909991425883 |
| 2950 | Rosuvastatinum | ApoRoza, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. | 05909991425906 |
| 2951 | Rosuvastatinum | ApoRoza, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. | 05909991425920 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 2952 | Rosuvastatinum | ApoRoza, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909991422875 |
| 2953 | Rosuvastatinum | Crosuvo, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909991021184 |
| 2954 | Rosuvastatinum | Crosuvo, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. | 05909991021337 |
| 2955 | Rosuvastatinum | Crosuvo, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. | 05909991021375 |
| 2956 | Rosuvastatinum | Ridlip, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909991000141 |
| 2957 | Rosuvastatinum | Ridlip, tabl. powl., 10 mg | 90 szt. | 05909991375799 |
| 2958 | Rosuvastatinum | Ridlip, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909991519605 |
| 2959 | Rosuvastatinum | Ridlip, tabl. powl., 10 mg | 90 szt. | 05909991519612 |
| 2960 | Rosuvastatinum | Ridlip, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. | 05909991000158 |
| 2961 | Rosuvastatinum | Ridlip, tabl. powl., 20 mg | 90 szt. | 05909991375812 |
| 2962 | Rosuvastatinum | Ridlip, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909991476984 |
| 2963 | Rosuvastatinum | Ridlip, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909991496579 |
| 2964 | Rosuvastatinum | Ridlip, tabl. powl., 20 mg | 90 szt. | 05909991496586 |
| 2965 | Rosuvastatinum | Ridlip, tabl. powl., 20 mg | 90 szt. | 05909991509415 |
| 2966 | Rosuvastatinum | Ridlip, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. | 05909991000165 |
| 2967 | Rosuvastatinum | Ridlip, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909991000103 |
| 2968 | Rosuvastatinum | Ridlip, tabl. powl., 5 mg | 90 szt. | 05909991375775 |
| 2969 | Rosuvastatinum | Romazic, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909990919604 |
| 2970 | Rosuvastatinum | Romazic, tabl. powl., 15 mg | 30 szt. | 05909991435950 |
| 2971 | Rosuvastatinum | Romazic, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909990919659 |
| 2972 | Rosuvastatinum | Romazic, tabl. powl., 30 mg | 30 szt. | 05909991435981 |
| 2973 | Rosuvastatinum | Romazic, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 05909990919673 |
| 2974 | Rosuvastatinum | Romazic, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909990919574 |
| 2975 | Rosuvastatinum | Rosutrox, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909991085674 |
| 2976 | Rosuvastatinum | Rosutrox, tabl. powl., 10 mg | 56 szt. | 05909991085698 |
| 2977 | Rosuvastatinum | Rosutrox, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. | 05909991085759 |
| 2978 | Rosuvastatinum | Rosutrox, tabl. powl., 20 mg | 56 szt. | 05909991085773 |
| 2979 | Rosuvastatinum | Rosutrox, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. | 05909991085841 |
| 2980 | Rosuvastatinum | Rosutrox, tabl. powl., 40 mg | 56 szt. | 05909991085865 |
| 2981 | Rosuvastatinum | Rosutrox, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909991085599 |
| 2982 | Rosuvastatinum | Rosutrox, tabl. powl., 5 mg | 56 szt. | 05909991085636 |
| 2983 | Rosuvastatinum | Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909991475079 |
| 2984 | Rosuvastatinum | Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. | 05909991475086 |
| 2985 | Rosuvastatinum | Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. | 05909991475093 |
| 2986 | Rosuvastatinum | Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909991475062 |
| 2987 | Rosuvastatinum | Roswera, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990895250 |
| 2988 | Rosuvastatinum | Roswera, tabl. powl., 10 mg | 90 szt. | 05909990895304 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 2989 | Rosuvastatinum | Roswera, tabl. powl., 15 mg | 28 szt. | 05909990895380 |
| 2990 | Rosuvastatinum | Roswera, tabl. powl., 15 mg | 56 szt. | 05909990895403 |
| 2991 | Rosuvastatinum | Roswera, tabl. powl., 15 mg | 90 szt. | 05909990895458 |
| 2992 | Rosuvastatinum | Roswera, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. | 05909990895533 |
| 2993 | Rosuvastatinum | Roswera, tabl. powl., 20 mg | 90 szt. | 05909990895588 |
| 2994 | Rosuvastatinum | Roswera, tabl. powl., 30 mg | 28 szt. | 05909990895663 |
| 2995 | Rosuvastatinum | Roswera, tabl. powl., 30 mg | 56 szt. | 05909990895687 |
| 2996 | Rosuvastatinum | Roswera, tabl. powl., 30 mg | 90 szt. | 05909990895724 |
| 2997 | Rosuvastatinum | Roswera, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. | 05909990895786 |
| 2998 | Rosuvastatinum | Roswera, tabl. powl., 40 mg | 90 szt. | 05909990895892 |
| 2999 | Rosuvastatinum | Roswera, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909990895106 |
| 3000 | Rosuvastatinum | Roswera, tabl. powl., 5 mg | 90 szt. | 05909990895182 |
| 3001 | Rosuvastatinum | Suvardio, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990791743 |
| 3002 | Rosuvastatinum | Suvardio, tabl. powl., 10 mg | 84 szt. | 05909990791781 |
| 3003 | Rosuvastatinum | Suvardio, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. | 05909990791873 |
| 3004 | Rosuvastatinum | Suvardio, tabl. powl., 20 mg | 84 szt. | 05909990791927 |
| 3005 | Rosuvastatinum | Suvardio, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. | 05909990792009 |
| 3006 | Rosuvastatinum | Suvardio, tabl. powl., 40 mg | 84 szt. | 05909990792061 |
| 3007 | Rosuvastatinum | Suvardio, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909990791606 |
| 3008 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990802623 |
| 3009 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powl., 10 mg | 56 szt. | 05909990802647 |
| 3010 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powl., 15 mg | 28 szt. | 05909991333959 |
| 3011 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powl., 15 mg | 56 szt. | 05909991333973 |
| 3012 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. | 05909990802685 |
| 3013 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powl., 20 mg | 56 szt. | 05909990802708 |
| 3014 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powl., 30 mg | 28 szt. | 05909991334062 |
| 3015 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powl., 30 mg | 56 szt. | 05909991334086 |
| 3016 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. | 05909990802753 |
| 3017 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powl., 40 mg | 56 szt. | 05909990802777 |
| 3018 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909990802562 |
| 3019 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powl., 5 mg | 56 szt. | 05909990802586 |
| 3020 | Rosuvastatinum | Zaranta, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990777785 |
| 3021 | Rosuvastatinum | Zaranta, tabl. powl., 15 mg | 90 szt. | 05909991347079 |
| 3022 | Rosuvastatinum | Zaranta, tabl. powl., 15 mg | 56 szt. | 05997001369333 |
| 3023 | Rosuvastatinum | Zaranta, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. | 05909990777839 |
| 3024 | Rosuvastatinum | Zaranta, tabl. powl., 30 mg | 90 szt. | 05909991347109 |
| 3025 | Rosuvastatinum | Zaranta, tabl. powl., 30 mg | 56 szt. | 05997001369340 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 3026 | Rosuvastatinum | Zaranta, tabletki powlekane, 40 mg | 28 szt. | 05909990777853 |
| 3027 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Coroswera, tabl. powl., 10+10 mg | 30 szt. | 03838989707057 |
| 3028 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Coroswera, tabl. powl., 10+10 mg | 90 szt. | 05909991397609 |
| 3029 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Coroswera, tabl. powl., 15+10 mg | 30 szt. | 05909991397623 |
| 3030 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Coroswera, tabl. powl., 15+10 mg | 90 szt. | 05909991397661 |
| 3031 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Coroswera, tabl. powl., 20+10 mg | 30 szt. | 03838989707064 |
| 3032 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Coroswera, tabl. powl., 20+10 mg | 90 szt. | 05909991397715 |
| 3033 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Coroswera, tabl. powl., 40+10 mg | 30 szt. | 05909991397739 |
| 3034 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Coroswera, tabl. powl., 40+10 mg | 90 szt. | 05909991397777 |
| 3035 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Coroswera, tabl. powl., 5+10 mg | 30 szt. | 05909991397456 |
| 3036 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Coroswera, tabl. powl., 5+10 mg | 90 szt. | 05909991397494 |
| 3037 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Ezehron Duo, tabl., 10+10 mg | 28 szt. | 05906414003352 |
| 3038 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Ezehron Duo, tabl., 10+10 mg | 56 szt. | 05906414003369 |
| 3039 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Ezehron Duo, tabl., 5+10 mg | 28 szt. | 05906414003321 |
| 3040 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Ezehron Duo, tabl., 5+10 mg | 56 szt. | 05906414003338 |
| 3041 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Ezehron Duo, tabletki, 20+10 mg | 28 szt. | 05906414003383 |
| 3042 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Ezehron Duo, tabletki, 20+10 mg | 56 szt. | 05906414003390 |
| 3043 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Rozesta, tabl. powl., 10+10 mg | 30 szt. | 05909991463816 |
| 3044 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Rozesta, tabl. powl., 20+10 mg | 30 szt. | 05909991463830 |
| 3045 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Rozesta, tabl. powl., 5+10 mg | 30 szt. | 05909991463762 |
| 3046 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Suvardio Plus, tabl. powl., 40+10 mg | 30 szt. | 07613421101763 |
| 3047 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Suvardio Plus, tabl., 10+10 mg | 30 szt. | 05907626708493 |
| 3048 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Suvardio Plus, tabl., 10+10 mg | 60 szt. | 05907626709315 |
| 3049 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Suvardio Plus, tabl., 20+10 mg | 30 szt. | 05907626708509 |
| 3050 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Suvardio Plus, tabl., 20+10 mg | 60 szt. | 05907626709322 |
| 3051 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Suvardio Plus, tabl., 5+10 mg | 30 szt. | 05907626708486 |
| 3052 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Suvardio Plus, tabl., 5+10 mg | 60 szt. | 05907626709308 |
| 3053 | Roxithromycinum | Rolicyn, tabl. powl., 100 mg | 10 szt. | 05909990847914 |
| 3054 | Roxithromycinum | Rolicyn, tabl. powl., 150 mg | 10 szt. | 05909990848010 |
| 3055 | Rupatadinum | Rupaller, tabl., 10 mg | 100 szt. | 05909991429881 |
| 3056 | Salbutamolum | Aspulmo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 100 µg/dawkę | 1 poj.a 200 dawek (10 ml) | 05909990848065 |
| 3057 | Salbutamolum | Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę | 200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochronny) | 05909991106928 |
| 3058 | Salbutamolum | Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę | 200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochronny) | 05909991107826 |
| 3059 | Salbutamolum | Salbutamol Hasco, syrop, 2 mg/5 ml | 1 but.po 100 ml | 05909990317516 |
| 3060 | Salbutamolum | Ventolin, aerozol wziewny, zawiesina, 100 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 200 daw. | 05909990442010 |
| 3061 | Salmeterolum | Asmetic, proszek do inhalacji , 50 µg/dawkę inh. | 1 inh.po 60 daw. | 05909991515713 |
| 3062 | Salmeterolum | Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50 µg/dawkę inhalacyjną | 60 szt. | 05909991109424 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 3063 | Salmeterolum | Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50 µg/dawkę inhalacyjną | 90 szt. | 05909991109431 |
| 3064 | Salmeterolum | Pulmoterol, proszek do inhalacji w kapsułkach twardych, 50 µg/dawkę inh. | 120 szt. | 05909991206390 |
| 3065 | Salmeterolum | Serevent Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 60 daw. | 05909990437825 |
| 3066 | Salmeterolum | Serevent, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 25 µg/dawkę inhalacyjną | 1 szt. (1 szt.po 120 daw.) | 05909990623099 |
| 3067 | Selegilinum | Selgres, tabl. powl., 5 mg | 50 szt. | 05909990404315 |
| 3068 | Semaglutidum | Ozempic, roztwór do wstrzykiwań, 0,25 mg | 1 wstrzykiwacz po 1,5 ml | 05909991389901 |
| 3069 | Semaglutidum | Ozempic, roztwór do wstrzykiwań, 0,5 mg | 1 wstrzykiwacz po 1,5 ml | 05909991389918 |
| 3070 | Semaglutidum | Ozempic, roztwór do wstrzykiwań, 1 mg | 1 wstrzykiwacz po 3 ml | 05909991389956 |
| 3071 | Sertindolum | Serdolect, tabl. powl., 12 mg | 28 szt. | 05909991089313 |
| 3072 | Sertindolum | Serdolect, tabl. powl., 16 mg | 28 szt. | 05909991089412 |
| 3073 | Sertindolum | Serdolect, tabl. powl., 4 mg | 30 szt. | 05909991089214 |
| 3074 | Sertraline | Asertin 100, tabl. powl., 100 mg | 30 szt. | 05909990422685 |
| 3075 | Sertraline | Asertin 50, tabl. powl., 50 mg | 30 szt. | 05909990422692 |
| 3076 | Sertralinum | ApoSerta, tabl. powl., 100 mg | 30 szt. | 05909991355739 |
| 3077 | Sertralinum | ApoSerta, tabl. powl., 50 mg | 30 szt. | 05909991355654 |
| 3078 | Sertralinum | Asentra, tabl. powl., 100 mg | 28 szt. | 05909990963317 |
| 3079 | Sertralinum | Asentra, tabl. powl., 100 mg | 28 szt. | 05909991483807 |
| 3080 | Sertralinum | Asentra, tabl. powl., 50 mg | 28 szt. | 05909990963218 |
| 3081 | Sertralinum | Miravil, tabl. powl., 100 mg | 30 szt. | 05909990804368 |
| 3082 | Sertralinum | Miravil, tabl. powl., 50 mg | 30 szt. | 05909990804344 |
| 3083 | Sertralinum | Sastium, tabl. powl., 100 mg | 28 szt. | 05909991279615 |
| 3084 | Sertralinum | Sastium, tabl. powl., 100 mg | 30 szt. | 05909991279622 |
| 3085 | Sertralinum | Sastium, tabl. powl., 100 mg | 84 szt. | 05909991279660 |
| 3086 | Sertralinum | Sastium, tabl. powl., 50 mg | 28 szt. | 05909991279516 |
| 3087 | Sertralinum | Sastium, tabl. powl., 50 mg | 30 szt. | 05909991279523 |
| 3088 | Sertralinum | Sastium, tabl. powl., 50 mg | 84 szt. | 05909991279561 |
| 3089 | Sertralinum | Sertagen, tabl. powl., 100 mg | 28 szt. | 05909990046621 |
| 3090 | Sertralinum | Sertagen, tabl. powl., 50 mg | 28 szt. | 05909990046690 |
| 3091 | Sertralinum | Sertranorm, tabl. powl., 100 mg | 30 szt. | 05909990663163 |
| 3092 | Sertralinum | Sertranorm, tabl. powl., 50 mg | 30 szt. | 05909990663040 |
| 3093 | Sertralinum | Setaloft 100 mg, tabl. powl., 100 mg | 30 szt. | 05909990571963 |
| 3094 | Sertralinum | Setaloft 50 mg, tabl. powl., 50 mg | 30 szt. | 05909990571925 |
| 3095 | Sertralinum | Stimuloton, tabl. powl., 50 mg | 30 szt. | 05909990994816 |
| 3096 | Sertralinum | Zoloft, tabl. powl., 100 mg | 28 szt. | 05909990753215 |
| 3097 | Sertralinum | Zoloft, tabl. powl., 50 mg | 28 szt. | 05909990753116 |
| 3098 | Sertralinum | Zotral, tabl. powl., 100 mg | 28 szt. | 05909990569472 |
| 3099 | Sertralinum | Zotral, tabl. powl., 50 mg | 28 szt. | 05909990013982 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 3100 | Silodosinum | Silodosin Aurovitas, kaps. twarde, 4 mg | 30 szt. | 05909991418885 |
| 3101 | Silodosinum | Silodosin Aurovitas, kaps. twarde, 8 mg | 30 szt. | 05909991418960 |
| 3102 | Silodosinum | Silodosin Aurovitas, kaps. twarde, 8 mg | 90 szt. | 05909991418984 |
| 3103 | Silodosinum | Silodosin Recordati, kaps. twarde, 4 mg | 30 szt. | 05391519923528 |
| 3104 | Silodosinum | Silodosin Recordati, kaps. twarde, 8 mg | 30 szt. | 05391519923535 |
| 3105 | Silodosinum | Silodosin Recordati, kaps. twarde, 8 mg | 90 szt. | 05391519923542 |
| 3106 | Simvastatinum | Apo-Simva 10, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909990618279 |
| 3107 | Simvastatinum | Apo-Simva 20, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909990618286 |
| 3108 | Simvastatinum | Apo-Simva 40, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 05909990618293 |
| 3109 | Simvastatinum | Simcovas, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. | 05909990649532 |
| 3110 | Simvastatinum | Simcovas, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990649655 |
| 3111 | Simvastatinum | Simratio 10, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909991019723 |
| 3112 | Simvastatinum | Simratio 40, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. | 05909991019945 |
| 3113 | Simvastatinum | Simvacard 10, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990940110 |
| 3114 | Simvastatinum | Simvacard 20, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. | 05909990940219 |
| 3115 | Simvastatinum | Simvacard 40, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. | 05909990940318 |
| 3116 | Simvastatinum | Simvachol, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990941025 |
| 3117 | Simvastatinum | Simvachol, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. | 05909990941124 |
| 3118 | Simvastatinum | Simvagen 20, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. | 05909990743650 |
| 3119 | Simvastatinum | Simvagen 40, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. | 05909990743667 |
| 3120 | Simvastatinum | SimvaHEXAL 10, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909990623273 |
| 3121 | Simvastatinum | SimvaHEXAL 20, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909990623297 |
| 3122 | Simvastatinum | SimvaHEXAL 40, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 05909990623334 |
| 3123 | Simvastatinum | Simvastatin Aurovitas, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. | 05909990731565 |
| 3124 | Simvastatinum | Simvastatin Aurovitas, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. | 05909990731671 |
| 3125 | Simvastatinum | Simvastatin Bluefish, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990723591 |
| 3126 | Simvastatinum | Simvastatin Bluefish, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. | 05909990723812 |
| 3127 | Simvastatinum | Simvastatin Bluefish, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909990723829 |
| 3128 | Simvastatinum | Simvastatin Bluefish, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. | 05909990724031 |
| 3129 | Simvastatinum | Simvasterol, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990927616 |
| 3130 | Simvastatinum | Simvasterol, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. | 05909990927715 |
| 3131 | Simvastatinum | Simvasterol, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. | 05909990927838 |
| 3132 | Simvastatinum | Vasilip, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990914012 |
| 3133 | Simvastatinum | Vasilip, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. | 05909990914111 |
| 3134 | Simvastatinum | Vasilip, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. | 05909990982714 |
| 3135 | Simvastatinum | Vastan, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909991073114 |
| 3136 | Simvastatinum | Vastan, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. | 05909991073213 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 3137 | Simvastatinum | Ximve, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. | 05909990055722 |
| 3138 | Simvastatinum | Ximve, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909990935215 |
| 3139 | Simvastatinum | Ximve, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 05909990935314 |
| 3140 | Simvastatinum | Zocor 10, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990365913 |
| 3141 | Simvastatinum | Zocor 20, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. | 05909990366026 |
| 3142 | Simvastatinum | Zocor 40, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. | 05909990769124 |
| 3143 | Sirolimusum | Rapamune, roztwór doustny, 1 mg/ml | 60 ml | 05909990893645 |
| 3144 | Sirolimusum | Rapamune, tabl. draż., 1 mg | 30 szt. | 05909990985210 |
| 3145 | Sitagliptinum | Januvia, tabl. powl., 100 mg | 28 szt. | 05909990055920 |
| 3146 | Sitagliptinum | Jazeta, tabl. powl., 100 mg | 28 szt. | 05909991480509 |
| 3147 | Sitagliptinum | Juzina, tabl. powl., 100 mg | 28 szt. | 05907594032880 |
| 3148 | Sitagliptinum | Lonamo, tabl. powl., 100 mg | 28 szt. | 05995327182650 |
| 3149 | Sitagliptinum | Lonamo, tabl. powl., 100 mg | 56 szt. | 05995327182667 |
| 3150 | Sitagliptinum | Maysiglu, tabl. powl., 100 mg | 28 szt. | 03838989721473 |
| 3151 | Sitagliptinum | Maysiglu, tabl. powl., 50 mg | 28 szt. | 03838989721466 |
| 3152 | Sitagliptinum | Sigletic, tabl. powl., 100 mg | 28 szt. | 05909991424558 |
| 3153 | Sitagliptinum | Simlerid, tabl. powl., 100 mg | 28 szt. | 05907626709803 |
| 3154 | Sitagliptinum | Sitagliptin Adamed, tabl. powl., 100 mg | 28 szt. | 05909991421137 |
| 3155 | Sitagliptinum | Sitagliptin Adamed, tabl. powl., 50 mg | 28 szt. | 05909991420970 |
| 3156 | Sitagliptinum | Sitagliptin BIOTON, tabl. powl., 100 mg | 28 szt. | 05903792662263 |
| 3157 | Sitagliptinum | Sitagliptin BIOTON, tabl. powl., 50 mg | 28 szt. | 05903792662294 |
| 3158 | Sitagliptinum | Sitagliptin Medical Valley, tabl. powl., 100 mg | 28 szt. | 05909991470883 |
| 3159 | Sitagliptinum | Sitagliptin STADA, tabl. powl., 100 mg | 28 szt. | 05909991481131 |
| 3160 | Sitagliptinum | Sitagliptin SUN, tabl. powl., 100 mg | 28 szt. | 05909991473174 |
| 3161 | Sitagliptinum | Sitagliptin SUN, tabl. powl., 50 mg | 28 szt. | 05909991473105 |
| 3162 | Sitagliptinum | Symgliptin, tabl. powl., 100 mg | 28 szt. | 05905669739351 |
| 3163 | Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum | Combodiab, tabl. powl., 50+1000 mg | 56 szt. | 05903792662270 |
| 3164 | Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum | Depepsit Met, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 100+1000 mg | 28 szt. | 05900411004657 |
| 3165 | Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum | Depepsit Met, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 50+1000 mg | 56 szt. | 05900411003551 |
| 3166 | Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum | Depepsit Met, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 50+500 mg | 56 szt. | 05900411002998 |
| 3167 | Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum | Eprocliv, tabl. powl., 50+1000 mg | 56 szt. | 05907626709728 |
| 3168 | Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum | Jamesi, tabl. powl., 50+1000 mg | 56 szt. | 05909991483739 |
| 3169 | Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum | Jamesi, tabl. powl., 50+850 mg | 56 szt. | 05909991483647 |
| 3170 | Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum | Janumet, tabl. powl., 50+1000 mg | 56 szt. | 05909990929771 |
| 3171 | Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum | Juzimette, tabl. powl., 50+1000 mg | 60 szt. | 05907594033207 |
| 3172 | Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum | Juzimette, tabl. powl., 50+850 mg | 60 szt. | 05907594033139 |
| 3173 | Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum | Lonamo Duo, tabl. powl., 50+1000 mg | 56 szt. | 05995327182704 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 3174 | Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum | Lonamo Duo, tabl. powl., 50+850 mg | 56 szt. | 05995327182698 |
| 3175 | Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum | Maymetsi, tabl. powl., 50+1000 mg | 56 szt. | 03838989744557 |
| 3176 | Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum | Maymetsi, tabl. powl., 50+850 mg | 56 szt. | 03838989744571 |
| 3177 | Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum | Metformax Combi, tabl. powl., 50+1000 mg | 60 szt. | 05909991483265 |
| 3178 | Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum | Metformax SR Combi, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 50+1000 mg | 60 szt. | 05909991488659 |
| 3179 | Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum | Metsigletic, tabl. powl., 50+1000 mg | 56 szt. | 05909991451172 |
| 3180 | Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum | Metsigletic, tabl. powl., 50+850 mg | 56 szt. | 05909991451042 |
| 3181 | Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum | Symetlip, tabl. powl., 50+1000 mg | 56 szt. | 05905669739689 |
| 3182 | Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum | Symetlip, tabl. powl., 50+850 mg | 56 szt. | 05905669739597 |
| 3183 | Solifenacini succinas | Adablok, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05906414003758 |
| 3184 | Solifenacini succinas | Adablok, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05906414003741 |
| 3185 | Solifenacini succinas | Afenix, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909991349325 |
| 3186 | Solifenacini succinas | Afenix, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909991349226 |
| 3187 | Solifenacini succinas | Aurosolin, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909991461393 |
| 3188 | Solifenacini succinas | Aurosolin, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909991461317 |
| 3189 | Solifenacini succinas | Beloflow, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909991405960 |
| 3190 | Solifenacini succinas | Beloflow, tabl. powl., 10 mg | 90 szt. | 05909991405991 |
| 3191 | Solifenacini succinas | Beloflow, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909991405922 |
| 3192 | Solifenacini succinas | Beloflow, tabl. powl., 5 mg | 90 szt. | 05909991405953 |
| 3193 | Solifenacini succinas | Silamil, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909991339135 |
| 3194 | Solifenacini succinas | Silamil, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909991422394 |
| 3195 | Solifenacini succinas | Solifenacin Medreg, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909991314620 |
| 3196 | Solifenacini succinas | Solifurin, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909991351304 |
| 3197 | Solifenacini succinas | Solinco, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05901720140388 |
| 3198 | Solifenacini succinas | Solinco, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05901720140340 |
| 3199 | Solifenacini succinas | Soreca, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909991371777 |
| 3200 | Solifenacini succinas | Soreca, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909991371753 |
| 3201 | Solifenacini succinas | Uronorm, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909991312640 |
| 3202 | Solifenacini succinas | Uronorm, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909991312633 |
| 3203 | Solifenacini succinas | Vesisol, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909991140069 |
| 3204 | Solifenacini succinas | Vesisol, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909991139995 |
| 3205 | Solifenacini succinas | Vesoligo, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05906720536148 |
| 3206 | Solifenacini succinas | Vesoligo, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05906720536117 |
| 3207 | Solifenacini succinas | Zevesin, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909991382308 |
| 3208 | Solifenacini succinas | Zevesin, tabl. powl., 10 mg | 100 szt. | 05909991382315 |
| 3209 | Solifenacini succinas | Zevesin, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909991382278 |
| 3210 | Solifenacini succinas | Zevesin, tabl. powl., 5 mg | 100 szt. | 05909991382285 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 3211 | Solifenacini succinas + Tamsulosini hydrochloridum | Solitombo, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 6+0,4 mg | 30 szt. | 05900411009164 |
| 3212 | Sotalolum | Sotahexal 160, tabl., 160 mg | 20 szt. | 05909990309115 |
| 3213 | Sotalolum | Sotahexal 80, tabl., 80 mg | 20 szt. | 05909990309016 |
| 3214 | Spiramycinum | Rovamycine, tabl. powl., 1,5 mln j.m. | 16 szt. | 05909990098613 |
| 3215 | Spiramycinum | Rovamycine, tabl. powl., 3 mln j.m. | 10 szt. | 05909990692118 |
| 3216 | Spironolactonum | Finospir, tabl., 100 mg | 30 szt. | 05909990965977 |
| 3217 | Spironolactonum | Finospir, tabl., 25 mg | 30 szt. | 05909990965854 |
| 3218 | Spironolactonum | Finospir, tabl., 25 mg | 100 szt. | 05909990965861 |
| 3219 | Spironolactonum | Finospir, tabl., 50 mg | 30 szt. | 05909990965878 |
| 3220 | Spironolactonum | Finospir, tabl., 50 mg | 100 szt. | 05909990965885 |
| 3221 | Spironolactonum | Spironol 100, tabl. powl., 100 mg | 20 szt. | 05909990673124 |
| 3222 | Spironolactonum | Spironol, tabl. powl., 50 mg | 30 szt. | 05909991244651 |
| 3223 | Spironolactonum | Spironol, tabl. powl., 50 mg | 60 szt. | 05909991244668 |
| 3224 | Spironolactonum | Spironol, tabl., 25 mg | 20 szt. | 05909990110216 |
| 3225 | Spironolactonum | Spironol, tabl., 25 mg | 100 szt. | 05909990110223 |
| 3226 | Spironolactonum | Verospiron, kaps. twarde, 100 mg | 30 szt. | 05909990488513 |
| 3227 | Spironolactonum | Verospiron, kaps. twarde, 50 mg | 30 szt. | 05909990488414 |
| 3228 | Spironolactonum | Verospiron, tabl., 25 mg | 20 szt. | 05909990117215 |
| 3229 | Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum | Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg | 10 szt. | 05909990312719 |
| 3230 | Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum | Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg | 10 szt. | 05909990501304 |
| 3231 | Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum | Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg | 10 szt. | 05909991475000 |
| 3232 | Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum | Bactrim, syrop, 200+40 mg/5 ml | 1 but.po 100 ml | 05909990312610 |
| 3233 | Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum | Bactrim, tabl., 400+80 mg | 20 szt. | 05909990276219 |
| 3234 | Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum | Biseptol 120, tabl., 100+20 mg | 20 szt. | 05909990117529 |
| 3235 | Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum | Biseptol 480, tabl., 400+80 mg | 20 szt. | 05909990117611 |
| 3236 | Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum | Biseptol 960, tabl., 800+160 mg | 10 szt. | 05909990117710 |
| 3237 | Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum | Biseptol, zawiesina doustna, 200+40 mg/5 ml | 1 but.po 100 ml | 05909990117819 |
| 3238 | Sulfasalazinum | Salazopyrin EN, tabl. dojel., 500 mg | 50 szt. | 05909990864416 |
| 3239 | Sulfasalazinum | Salazopyrin EN, tabl. dojel., 500 mg | 100 szt. | 05909990864423 |
| 3240 | Sulfasalazinum | Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg | 50 szt. | 05909990283316 |
| 3241 | Sulfasalazinum | Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg | 100 szt. | 05909990283323 |
| 3242 | Sulfasalazinum | Sulfasalazin Krka, tabl. powl., 500 mg | 50 szt. | 05909990283217 |
| 3243 | Sulpiridum | Sulpiryd Hasco, tabl., 100 mg | 24 szt. | 05909991380410 |
| 3244 | Sulpiridum | Sulpiryd Hasco, tabl., 200 mg | 30 szt. | 05909991380465 |
| 3245 | Sulpiridum | Sulpiryd Hasco, tabl., 50 mg | 24 szt. | 05909991380373 |
| 3246 | Sulpiridum | Sulpiryd Teva, kaps. twarde, 100 mg | 24 szt. | 05909990159314 |
| 3247 | Sulpiridum | Sulpiryd Teva, kaps. twarde, 50 mg | 24 szt. | 05909990159512 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 3248 | Sulpiridum | Sulpiryd Teva, tabl., 200 mg | 30 szt. | 05909990159437 |
| 3249 | Szczepionka przeciw pneumokokom sacharydowa, skoniugowana, adsorbowana (13-walentna) | Prevenar 13, zawiesina do wstrzykiwań, 0,5 ml | 1 amp.-strzyk. + 1 igła | 05909990737420 |
| 3250 | Tacrolimusum | Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,5 mg | 30 szt. | 05909990051052 |
| 3251 | Tacrolimusum | Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 1 mg | 30 szt. | 05909990051076 |
| 3252 | Tacrolimusum | Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 3 mg | 30 szt. | 05909990699957 |
| 3253 | Tacrolimusum | Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 5 mg | 30 szt. | 05909990051137 |
| 3254 | Tacrolimusum | Cidimus, kaps. twarde, 0,5 mg | 30 szt. | 05909990783489 |
| 3255 | Tacrolimusum | Cidimus, kaps. twarde, 1 mg | 30 szt. | 05909990783571 |
| 3256 | Tacrolimusum | Cidimus, kaps. twarde, 5 mg | 30 szt. | 05909990783533 |
| 3257 | Tacrolimusum | Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 0,5 mg | 30 szt. | 07613421037024 |
| 3258 | Tacrolimusum | Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 1 mg | 30 szt. | 07613421037000 |
| 3259 | Tacrolimusum | Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 2 mg | 30 szt. | 07613421037048 |
| 3260 | Tacrolimusum | Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 3 mg | 30 szt. | 07613421037031 |
| 3261 | Tacrolimusum | Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 5 mg | 30 szt. | 07613421037017 |
| 3262 | Tacrolimusum | Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,75 mg | 30 szt. | 05909991192709 |
| 3263 | Tacrolimusum | Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1 mg | 30 szt. | 05909991192730 |
| 3264 | Tacrolimusum | Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1 mg | 90 szt. | 05909991192754 |
| 3265 | Tacrolimusum | Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg | 30 szt. | 05909991192761 |
| 3266 | Tacrolimusum | Prograf, kaps. twarde, 0,5 mg | 30 szt. | 05909991148713 |
| 3267 | Tacrolimusum | Prograf, kaps. twarde, 1 mg | 30 szt. | 05909990447213 |
| 3268 | Tacrolimusum | Prograf, kaps. twarde, 5 mg | 30 szt. | 05909990447312 |
| 3269 | Tafluprostum | Taflotan Multi, krople do oczu, roztwór, 15 µg/ml | 1 but.po 3 ml | 05909991372927 |
| 3270 | Tafluprostum + Timololum | Taptiqom, krople do oczu, roztwór, 0,015+5 mg/ml | 30 poj. jednodawkowych 0,3 ml | 05909991220327 |
| 3271 | Tamoxifenum | Tamoxifen Sandoz, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909990331017 |
| 3272 | Tamoxifenum | Tamoxifen-EGIS, tabl., 20 mg | 30 szt. | 05909990775316 |
| 3273 | Tamsulosini hydrochloridum | Adatam XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg | 30 szt. | 05900411005883 |
| 3274 | Tamsulosini hydrochloridum | Adatam XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg | 90 szt. | 05900411005906 |
| 3275 | Tamsulosini hydrochloridum | Adatam XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg | 120 szt. | 05900411005920 |
| 3276 | Tamsulosini hydrochloridum | Adatam, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 90 szt. | 05906414001501 |
| 3277 | Tamsulosini hydrochloridum | Adatam, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 30 szt. | 05909990622726 |
| 3278 | Tamsulosini hydrochloridum | Apo-Tamis, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 30 szt. | 05909990045006 |
| 3279 | Tamsulosini hydrochloridum | Apo-Tamis, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 90 szt. | 05909990900794 |
| 3280 | Tamsulosini hydrochloridum | Bazetham Retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg | 90 szt. | 05909990894642 |
| 3281 | Tamsulosini hydrochloridum | Bazetham Retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg | 30 szt. | 05909990894598 |
| 3282 | Tamsulosini hydrochloridum | Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 30 szt. | 05909990573585 |
| 3283 | Tamsulosini hydrochloridum | Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 90 szt. | 05909990573592 |
| 3284 | Tamsulosini hydrochloridum | Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 30 szt. | 05909991470685 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 3285 | Tamsulosini hydrochloridum | Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 90 szt. | 05909991470692 |
| 3286 | Tamsulosini hydrochloridum | Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 30 szt. | 05909991496791 |
| 3287 | Tamsulosini hydrochloridum | Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 90 szt. | 05909991496807 |
| 3288 | Tamsulosini hydrochloridum | Omsal 0,4 mg kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 30 szt. | 05909990586196 |
| 3289 | Tamsulosini hydrochloridum | Prostamnic, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 30 szt. | 05909990573257 |
| 3290 | Tamsulosini hydrochloridum | Ranlosin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg | 30 szt. | 05909990048007 |
| 3291 | Tamsulosini hydrochloridum | Ranlosin, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg | 90 szt. | 05909991092184 |
| 3292 | Tamsulosini hydrochloridum | Symlosin SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 30 szt. | 05909990044382 |
| 3293 | Tamsulosini hydrochloridum | Symlosin SR, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 90 szt. | 05909991136321 |
| 3294 | Tamsulosini hydrochloridum | Tamiron, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 30 szt. | 05909991332709 |
| 3295 | Tamsulosini hydrochloridum | TamisPras, tabl. o przedłużonym działaniu, 0,4 mg | 30 szt. | 05909990980451 |
| 3296 | Tamsulosini hydrochloridum | Tamoptim, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 60 szt. | 05907626708400 |
| 3297 | Tamsulosini hydrochloridum | Tamoptim, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 90 szt. | 05907626708417 |
| 3298 | Tamsulosini hydrochloridum | Tamoptim, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 30 szt. | 05909990570386 |
| 3299 | Tamsulosini hydrochloridum | Tamsiger, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg | 30 szt. | 09008732011845 |
| 3300 | Tamsulosini hydrochloridum | Tamsudil, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 30 szt. | 05909990565948 |
| 3301 | Tamsulosini hydrochloridum | Tamsugen 0,4 mg, kapsułki o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 30 szt. | 05909990570690 |
| 3302 | Tamsulosini hydrochloridum | Tamsulosin Medreg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 30 szt. | 08595566453992 |
| 3303 | Tamsulosini hydrochloridum | Tamsulosin Medreg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 90 szt. | 08595566454036 |
| 3304 | Tamsulosini hydrochloridum | Tanyz ERAS, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg | 30 szt. | 05909990847808 |
| 3305 | Tamsulosini hydrochloridum | Tanyz, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 0,4 mg | 30 szt. | 05909990430895 |
| 3306 | Tamsulosini hydrochloridum | Uprox XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg | 60 szt. | 05909991191214 |
| 3307 | Tamsulosini hydrochloridum | Uprox XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg | 30 szt. | 05909991191221 |
| 3308 | Tamsulosini hydrochloridum | Uprox XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg | 90 szt. | 05909991199081 |
| 3309 | Tamsulosini hydrochloridum | Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 90 szt. | 05907587609235 |
| 3310 | Tamsulosini hydrochloridum | Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 30 szt. | 05909990566068 |
| 3311 | Tamsulosini hydrochloridum | Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 60 szt. | 05909990566075 |
| 3312 | Tamsulosini hydrochloridum | Urostad 0,4 mg kapsułka o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarda, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 30 szt. | 05909997216393 |
| 3313 | Tamsulosinum | Omnic 0,4, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 0,4 mg | 30 szt. | 05909990716418 |
| 3314 | Tamsulosinum | Omnic Ocas 0,4, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg | 30 szt. | 05909990219070 |
| 3315 | Tapentadolum | Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg | 60 szt. | 05909990865598 |
| 3316 | Tapentadolum | Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 60 szt. | 05909990865635 |
| 3317 | Tapentadolum | Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 60 szt. | 05909990865666 |
| 3318 | Tapentadolum | Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 250 mg | 60 szt. | 05909990865697 |
| 3319 | Tapentadolum | Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg | 60 szt. | 05909990865567 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 3320 | Telmisartan | Telmix, tabl., 40 mg | 56 szt. | 05909990974887 |
| 3321 | Telmisartan | Telmix, tabl., 80 mg | 56 szt. | 05909990974993 |
| 3322 | Telmisartanum | Actelsar, tabl., 40 mg | 28 szt. | 05909990891832 |
| 3323 | Telmisartanum | Actelsar, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05909990891863 |
| 3324 | Telmisartanum | Micardis, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05909990440825 |
| 3325 | Telmisartanum | Polsart, tabl., 40 mg | 28 szt. | 05909990936670 |
| 3326 | Telmisartanum | Polsart, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05909990936700 |
| 3327 | Telmisartanum | Telmabax, tabl., 40 mg | 28 szt. | 05909991060220 |
| 3328 | Telmisartanum | Telmabax, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05909991060268 |
| 3329 | Telmisartanum | Telmisartan Bluefish, tabletki, 40 mg | 28 szt. | 05909991391713 |
| 3330 | Telmisartanum | Telmisartan Bluefish, tabletki, 80 mg | 28 szt. | 05909991391720 |
| 3331 | Telmisartanum | Telmisartan EGIS, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. | 05909991036768 |
| 3332 | Telmisartanum | Telmisartan EGIS, tabl. powl., 80 mg | 28 szt. | 05909991036867 |
| 3333 | Telmisartanum | Telmisartan EGIS, tabl. powl., 80 mg | 28 szt. | 05909991229801 |
| 3334 | Telmisartanum | Telmisartan EGIS, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05909991461355 |
| 3335 | Telmisartanum | Telmisartan Genoptim, tabletki, 40 mg | 28 szt. | 05909991388003 |
| 3336 | Telmisartanum | Telmisartan Genoptim, tabletki, 80 mg | 28 szt. | 05909991388034 |
| 3337 | Telmisartanum | Telmisartan Mylan, tabl., 40 mg | 28 szt. | 05909991018429 |
| 3338 | Telmisartanum | Telmisartan Mylan, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05909991018436 |
| 3339 | Telmisartanum | Telmix, tabl., 40 mg | 28 szt. | 05909990974863 |
| 3340 | Telmisartanum | Telmix, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05909990974979 |
| 3341 | Telmisartanum | Telmizek, tabl., 40 mg | 28 szt. | 05909990902002 |
| 3342 | Telmisartanum | Telmizek, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05909990902095 |
| 3343 | Telmisartanum | Tezeo, tabl., 40 mg | 28 szt. | 05909990818082 |
| 3344 | Telmisartanum | Tezeo, tabl., 40 mg | 56 szt. | 05909991086626 |
| 3345 | Telmisartanum | Tezeo, tabl., 40 mg | 28 szt. | 05909991423551 |
| 3346 | Telmisartanum | Tezeo, tabl., 40 mg | 56 szt. | 05909991423568 |
| 3347 | Telmisartanum | Tezeo, tabl., 40 mg | 28 szt. | 05909991453060 |
| 3348 | Telmisartanum | Tezeo, tabl., 40 mg | 56 szt. | 05909991453077 |
| 3349 | Telmisartanum | Tezeo, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05909990818150 |
| 3350 | Telmisartanum | Tezeo, tabl., 80 mg | 56 szt. | 05909991086633 |
| 3351 | Telmisartanum | Tezeo, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05909991423575 |
| 3352 | Telmisartanum | Tezeo, tabl., 80 mg | 56 szt. | 05909991423582 |
| 3353 | Telmisartanum | Tezeo, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05909991453299 |
| 3354 | Telmisartanum | Tezeo, tabl., 80 mg | 56 szt. | 05909991453305 |
| 3355 | Telmisartanum | Tolura, tabl., 40 mg | 28 szt. | 05909997077604 |
| 3356 | Telmisartanum | Tolura, tabl., 40 mg | 56 szt. | 05909997077628 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 3357 | Telmisartanum | Tolura, tabl., 40 mg | 84 szt. | 05909997077635 |
| 3358 | Telmisartanum | Tolura, tabl., 80 mg | 56 szt. | 05901878600864 |
| 3359 | Telmisartanum | Tolura, tabl., 80 mg | 84 szt. | 05901878600871 |
| 3360 | Telmisartanum | Tolura, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05901878600901 |
| 3361 | Telmisartanum | Tolura, tabl., 80 mg | 30 szt. | 05903792743580 |
| 3362 | Telmisartanum | Tolura, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05909997077673 |
| 3363 | Telmisartanum | Tolura, tabl., 80 mg | 56 szt. | 05909997077697 |
| 3364 | Telmisartanum | Tolura, tabl., 80 mg | 84 szt. | 05909997077703 |
| 3365 | Telmisartanum | Toptelmi, tabl., 40 mg | 28 szt. | 05909990840472 |
| 3366 | Telmisartanum | Toptelmi, tabl., 40 mg | 56 szt. | 05909990840489 |
| 3367 | Telmisartanum | Toptelmi, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05909990840557 |
| 3368 | Telmisartanum | Toptelmi, tabl., 80 mg | 56 szt. | 05909990840564 |
| 3369 | Telmisartanum | Zanacodar, tabl., 40 mg | 28 szt. | 05909990941841 |
| 3370 | Telmisartanum | Zanacodar, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05909990941926 |
| 3371 | Telmisartanum + Amlodipinum | Telam, tabl., 40+10 mg | 28 szt. | 05903060616684 |
| 3372 | Telmisartanum + Amlodipinum | Telam, tabl., 40+5 mg | 28 szt. | 05903060616660 |
| 3373 | Telmisartanum + Amlodipinum | Telam, tabl., 80+10 mg | 28 szt. | 05903060616721 |
| 3374 | Telmisartanum + Amlodipinum | Telam, tabl., 80+5 mg | 28 szt. | 05903060616707 |
| 3375 | Telmisartanum + Amlodipinum | Teldipin, tabl., 40+10 mg | 28 szt. | 05909991338626 |
| 3376 | Telmisartanum + Amlodipinum | Teldipin, tabl., 40+5 mg | 28 szt. | 05909991338541 |
| 3377 | Telmisartanum + Amlodipinum | Teldipin, tabl., 40+5 mg | 56 szt. | 05909991338565 |
| 3378 | Telmisartanum + Amlodipinum | Teldipin, tabl., 40+5 mg | 84 szt. | 05909991338589 |
| 3379 | Telmisartanum + Amlodipinum | Teldipin, tabl., 80+10 mg | 28 szt. | 05909991338787 |
| 3380 | Telmisartanum + Amlodipinum | Teldipin, tabl., 80+10 mg | 56 szt. | 05909991338800 |
| 3381 | Telmisartanum + Amlodipinum | Teldipin, tabl., 80+10 mg | 84 szt. | 05909991338824 |
| 3382 | Telmisartanum + Amlodipinum | Teldipin, tabl., 80+5 mg | 28 szt. | 05909991338701 |
| 3383 | Telmisartanum + Amlodipinum | Teldipin, tabl., 80+5 mg | 56 szt. | 05909991338725 |
| 3384 | Telmisartanum + Amlodipinum | Teldipin, tabl., 80+5 mg | 84 szt. | 05909991338749 |
| 3385 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Actelsar HCT, tabl., 80+12,5 mg | 28 szt. | 05909991056247 |
| 3386 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Actelsar HCT, tabl., 80+25 mg | 28 szt. | 05909991056773 |
| 3387 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Gisartan, tabl., 80+12,5 mg | 28 szt. | 05909991080051 |
| 3388 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Gisartan, tabl., 80+25 mg | 28 szt. | 05909991080174 |
| 3389 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | MicardisPlus, tabl., 80+12,5 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909991020026 |
| 3390 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | MicardisPlus, tabl., 80+25 mg | 28 szt. | 05909990653027 |
| 3391 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Polsart Plus, tabl., 40+12,5 mg | 28 szt. | 05909991079451 |
| 3392 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Polsart Plus, tabl., 80+12,5 mg | 28 szt. | 05909991079598 |
| 3393 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Polsart Plus, tabl., 80+25 mg | 28 szt. | 05909991079703 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 3394 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmisartan + HCT Genoptim, tabl., 40+12,5 mg | 28 szt. | 05909991388157 |
| 3395 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmisartan + HCT Genoptim, tabl., 80+12,5 mg | 28 szt. | 05909991388188 |
| 3396 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmisartan + HCT Genoptim, tabl., 80+25 mg | 28 szt. | 05909991388218 |
| 3397 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmisartan HCT EGIS, tabl., 40+12,5 mg | 28 szt. | 05909991073732 |
| 3398 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmisartan HCT EGIS, tabl., 80+12,5 mg | 28 szt. | 05909991073848 |
| 3399 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmisartan HCT EGIS, tabl., 80+25 mg | 28 szt. | 05909991073909 |
| 3400 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmix Plus, tabl., 40+12,5 mg | 28 szt. | 05909991417932 |
| 3401 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmix Plus, tabl., 80+12,5 mg | 28 szt. | 05909991417963 |
| 3402 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmix Plus, tabl., 80+25 mg | 28 szt. | 05909991418007 |
| 3403 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmizek HCT, tabl., 40+12,5 mg | 28 szt. | 05909991082338 |
| 3404 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmizek HCT, tabl., 80+12,5 mg | 28 szt. | 05909991082529 |
| 3405 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmizek HCT, tabl., 80+25 mg | 28 szt. | 05909991082598 |
| 3406 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tezeo HCT, tabl., 40+12,5 mg | 28 szt. | 05909991095994 |
| 3407 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tezeo HCT, tabl., 40+12,5 mg | 56 szt. | 05909991096007 |
| 3408 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tezeo HCT, tabl., 80+12,5 mg | 28 szt. | 05909991096038 |
| 3409 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tezeo HCT, tabl., 80+12,5 mg | 56 szt. | 05909991096045 |
| 3410 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tezeo HCT, tabl., 80+25 mg | 28 szt. | 05909991096069 |
| 3411 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tezeo HCT, tabl., 80+25 mg | 56 szt. | 05909991096076 |
| 3412 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg | 28 szt. | 05909991045180 |
| 3413 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg | 56 szt. | 05909991045203 |
| 3414 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg | 84 szt. | 05909991045265 |
| 3415 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg | 28 szt. | 05909991045692 |
| 3416 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg | 56 szt. | 05909991045722 |
| 3417 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg | 84 szt. | 05909991045746 |
| 3418 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tolucombi, tabl., 80+25 mg | 28 szt. | 05909991045807 |
| 3419 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tolucombi, tabl., 80+25 mg | 56 szt. | 05909991045852 |
| 3420 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tolucombi, tabl., 80+25 mg | 84 szt. | 05909991045876 |
| 3421 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 40+12,5 mg | 28 szt. | 05909991081874 |
| 3422 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 40+12,5 mg | 56 szt. | 05909991081898 |
| 3423 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+12,5 mg | 28 szt. | 05909991081942 |
| 3424 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+12,5 mg | 56 szt. | 05909991081966 |
| 3425 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+25 mg | 28 szt. | 05909991082062 |
| 3426 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+25 mg | 56 szt. | 05909991082086 |
| 3427 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Zanacodar Combi, tabl., 40+12,5 mg | 28 szt. | 05909991226381 |
| 3428 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Zanacodar Combi, tabl., 40+12,5 mg | 56 szt. | 05909991330040 |
| 3429 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Zanacodar Combi, tabl., 80+12,5 mg | 28 szt. | 05909991226398 |
| 3430 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Zanacodar Combi, tabl., 80+12,5 mg | 56 szt. | 05909991330057 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 3431 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Zanacodar Combi, tabl., 80+25 mg | 28 szt. | 05909991226404 |
| 3432 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Zanacodar Combi, tabl., 80+25 mg | 56 szt. | 05909991330064 |
| 3433 | Telmisartanum + Indapamidum | Ylpio, tabl., 80+2,5 mg | 30 szt. | 05909991463557 |
| 3434 | Terazosinum | Hytrin, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909990768011 |
| 3435 | Terazosinum | Hytrin, tabl., 2 mg | 28 szt. | 05909990767816 |
| 3436 | Terazosinum | Hytrin, tabl., 5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990767915 |
| 3437 | Terazosinum | Kornam, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909990484119 |
| 3438 | Terazosinum | Kornam, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990484317 |
| 3439 | Terbinafinum | Erfin, tabl., 250 mg | 14 szt. | 05909990621057 |
| 3440 | Terbinafinum | Erfin, tabl., 250 mg | 28 szt. | 05909990621064 |
| 3441 | Terbinafinum | Myconafine, tabl., 250 mg | 14 szt. | 05909990419043 |
| 3442 | Terbinafinum | Myconafine, tabl., 250 mg | 28 szt. | 05909990419050 |
| 3443 | Terbinafinum | Zelefion, tabl., 250 mg | 28 szt. | 05909990645503 |
| 3444 | tert-Butylamini Perindoprilum | Prenessa, tabl., 8 mg | 30 szt. | 05909990662494 |
| 3445 | tert-Butylamini Perindoprilum | Vidotin, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909990653614 |
| 3446 | tert-Butylamini Perindoprilum | Vidotin, tabl., 8 mg | 30 szt. | 05909990653621 |
| 3447 | tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum | Amlessa, tabl., 4+10 mg | 30 szt. | 05909990908165 |
| 3448 | tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum | Amlessa, tabl., 4+10 mg | 90 szt. | 05909990908189 |
| 3449 | tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum | Amlessa, tabl., 4+5 mg | 30 szt. | 05909990908134 |
| 3450 | tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum | Amlessa, tabl., 4+5 mg | 90 szt. | 05909990908158 |
| 3451 | tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum | Amlessa, tabl., 8+10 mg | 30 szt. | 05909990908240 |
| 3452 | tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum | Amlessa, tabl., 8+10 mg | 90 szt. | 05909990908264 |
| 3453 | tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum | Amlessa, tabl., 8+5 mg | 30 szt. | 05909990908196 |
| 3454 | tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum | Amlessa, tabl., 8+5 mg | 90 szt. | 05909990908233 |
| 3455 | tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum | Prestozek Combi, tabl., 4 mg + 10 mg | 30 szt. | 05906414001860 |
| 3456 | tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum | Prestozek Combi, tabl., 4 mg + 10 mg | 60 szt. | 05906414001877 |
| 3457 | tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum | Prestozek Combi, tabl., 4 mg + 5 mg | 30 szt. | 05906414001839 |
| 3458 | tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum | Prestozek Combi, tabl., 4 mg + 5 mg | 60 szt. | 05906414001846 |
| 3459 | tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum | Prestozek Combi, tabl., 8 mg + 10 mg | 30 szt. | 05906414001921 |
| 3460 | tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum | Prestozek Combi, tabl., 8 mg + 10 mg | 60 szt. | 05906414001938 |
| 3461 | tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum | Prestozek Combi, tabl., 8 mg + 5 mg | 30 szt. | 05906414001891 |
| 3462 | tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum | Prestozek Combi, tabl., 8 mg + 5 mg | 60 szt. | 05906414001907 |
| 3463 | tert-Butylamini Perindoprilum + Indapamidum | Co-Prenessa 4 mg/1,25 mg tabletki, tabl., 4+1,25 mg | 30 szt. | 05909990746569 |
| 3464 | tert-Butylamini Perindoprilum + Indapamidum | Co-Prenessa, tabl., 8+2,5 mg | 30 szt. | 05909990850167 |
| 3465 | Tetrabenazinum | Tetmodis, tabl., 25 mg | 112 szt. | 05909990805594 |
| 3466 | Theophylline | Theospirex retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 50 szt. | 05909990803910 |
| 3467 | Theophyllinum | Euphyllin long, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 200 mg | 30 szt. | 09120099670104 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 3468 | Theophyllinum | Euphyllin long, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 300 mg | 30 szt. | 09120099670111 |
| 3469 | Theophyllinum | Theospirex retard 300 mg, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg | 50 szt. | 05909990261215 |
| 3470 | Thiethylperazinum | Torecan, tabl. powl., 6,5 mg | 50 szt. | 05909990242511 |
| 3471 | Tiagabinum | Gabitril, tabl. powl., 10 mg | 50 szt. | 05909990058839 |
| 3472 | Tiagabinum | Gabitril, tabl. powl., 15 mg | 50 szt. | 05909990058846 |
| 3473 | Tiagabinum | Gabitril, tabl. powl., 5 mg | 50 szt. | 05909990058822 |
| 3474 | Tianeptinum natricum | Coaxil, tabl. drażowane, 12,5 mg | 30 szt. | 05909991267131 |
| 3475 | Tianeptinum natricum | Coaxil, tabl. drażowane, 12,5 mg | 30 szt. | 05909991290016 |
| 3476 | Tianeptinum natricum | Coaxil, tabl. powl., 12,5 mg | 30 szt. (1 blist.po 30 szt.) | 05909990370214 |
| 3477 | Tianeptinum natricum | Tianesal, tabl. powl., 12,5 mg | 30 szt. | 05909990875245 |
| 3478 | Tianeptinum natricum | Tianesal, tabl. powl., 12,5 mg | 90 szt. | 05909991201821 |
| 3479 | Timololum | Cusimolol 0,5%, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909990187713 |
| 3480 | Timololum | Oftensin, krople do oczu, roztwór, 2,5 mg/ml | 5 ml | 05909990073610 |
| 3481 | Timololum | Oftensin, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml | 5 ml | 05909990073719 |
| 3482 | Tioguaninum | Lanvis, tabl., 40 mg | 25 szt. | 05909990185214 |
| 3483 | Tiotropii bromidum | Braltus, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 10 µg/dawkę dostarczaną | 30 szt. + 1 inhalator | 05909991299545 |
| 3484 | Tiotropium | Ontipria, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną | 30 kaps. z inhalatorem | 05909991456276 |
| 3485 | Tiotropium | Spiriva Respimat, roztwór do inhalacji, 2,5 µg/dawkę odmierzoną | 1 wkł.po 30 dawek leczniczych (60 dawek odmierzonych) + 1 inhalator Respimat | 05909990735839 |
| 3486 | Tiotropium | Spiriva, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną | 30 szt. | 05909990985111 |
| 3487 | Tiotropium | Spiriva, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną | 30 szt. | 05909990985128 |
| 3488 | Tiotropium | Srivasso, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną | 30 kaps. | 05909991253998 |
| 3489 | Tiotropium | Srivasso, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną | 30 kaps. z inhalatorem | 05909991254001 |
| 3490 | Tizanidinum | Sirdalud MR, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 6 mg | 30 szt. | 05909990671410 |
| 3491 | Tizanidinum | Tizanor, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909990784486 |
| 3492 | Tolterodini hydrogenotartras | Uroflow 2, tabl. powl., 2 mg | 28 szt. | 05909990648641 |
| 3493 | Tolterodini tartras | Defur, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg | 28 szt. | 05909991055271 |
| 3494 | Tolterodini tartras | Defur, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg | 90 szt. | 05909991139520 |
| 3495 | Tolterodini tartras | Titlodine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 2 mg | 28 szt. | 05909991035235 |
| 3496 | Tolterodini tartras | Titlodine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg | 28 szt. | 05909991035549 |
| 3497 | Tolterodini tartras | Tolzurin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg | 28 szt. | 05909991023522 |
| 3498 | Tolterodini tartras | Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 2 mg | 60 szt. | 05909991008642 |
| 3499 | Tolterodini tartras | Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg | 30 szt. | 05909991008666 |
| 3500 | Tolterodini tartras | Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg | 60 szt. | 05909991008680 |
| 3501 | Tolterodini tartras | Uroflow SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg | 30 szt. | 05909991437473 |
| 3502 | Topiramatum | Epitoram, tabl. powl., 100 mg | 28 szt. | 05909990649594 |
| 3503 | Topiramatum | Epitoram, tabl. powl., 200 mg | 28 szt. | 05909990649617 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 3504 | Topiramatum | Epitoram, tabl. powl., 25 mg | 28 szt. | 05909990649556 |
| 3505 | Topiramatum | Epitoram, tabl. powl., 50 mg | 28 szt. | 05909990649570 |
| 3506 | Topiramatum | Etopro, tabl. powl., 100 mg | 28 szt. | 05909990061495 |
| 3507 | Topiramatum | Etopro, tabl. powl., 200 mg | 28 szt. | 05909990061464 |
| 3508 | Topiramatum | Etopro, tabl. powl., 25 mg | 28 szt. | 05909990061488 |
| 3509 | Topiramatum | Etopro, tabl. powl., 50 mg | 28 szt. | 05909990061471 |
| 3510 | Topiramatum | Oritop, tabl. powl., 100 mg | 60 szt. | 05909990715169 |
| 3511 | Topiramatum | Oritop, tabl. powl., 25 mg | 60 szt. | 05909990715084 |
| 3512 | Topiramatum | Oritop, tabl. powl., 50 mg | 60 szt. | 05909990715145 |
| 3513 | Topiramatum | Topamax, tabl. powl., 100 mg | 1 but.po 28 szt. | 05909990759019 |
| 3514 | Topiramatum | Topamax, tabl. powl., 200 mg | 1 but.po 28 szt. | 05909990759118 |
| 3515 | Topiramatum | Topamax, tabl. powl., 25 mg | 1 but.po 28 szt. | 05909990758814 |
| 3516 | Topiramatum | Topamax, tabl. powl., 50 mg | 1 but.po 28 szt. | 05909990758913 |
| 3517 | Topiramatum | Toramat, tabl. powl., 100 mg | 30 szt. (blister) | 05909990671496 |
| 3518 | Topiramatum | Toramat, tabl. powl., 200 mg | 30 szt. | 05909990671502 |
| 3519 | Topiramatum | Toramat, tabl. powl., 25 mg | 30 szt. (blister) | 05909990671472 |
| 3520 | Topiramatum | Toramat, tabl. powl., 50 mg | 30 szt. | 05909990671489 |
| 3521 | Tramadoli hydrochloridum | Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg | 10 szt. | 05909990967612 |
| 3522 | Tramadoli hydrochloridum | Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg | 30 szt. | 05909990967629 |
| 3523 | Tramadoli hydrochloridum | Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg | 50 szt. | 05909990967636 |
| 3524 | Tramadoli hydrochloridum | Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 10 szt. | 05909990967711 |
| 3525 | Tramadoli hydrochloridum | Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 30 szt. | 05909990967728 |
| 3526 | Tramadoli hydrochloridum | Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 50 szt. | 05909990967735 |
| 3527 | Tramadoli hydrochloridum | Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 10 szt. | 05909990967810 |
| 3528 | Tramadoli hydrochloridum | Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 30 szt. | 05909990967827 |
| 3529 | Tramadoli hydrochloridum | Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 50 szt. | 05909990967834 |
| 3530 | Tramadoli hydrochloridum | Poltram, kaps., 50 mg | 20 szt. | 05909990968718 |
| 3531 | Tramadoli hydrochloridum | Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml | 1 but.po 10 ml | 05909990969012 |
| 3532 | Tramadoli hydrochloridum | Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml | 1 but.po 96 ml | 05909990969029 |
| 3533 | Tramadoli hydrochloridum | Tramadol Aurovitas, kaps. twarde, 50 mg | 20 szt. | 05909991362300 |
| 3534 | Tramadoli hydrochloridum | Tramadol Krka, kaps. twarde, 50 mg | 20 szt. | 05909991376819 |
| 3535 | Tramadoli hydrochloridum | Tramadol SYNTEZA, kaps. twarde, 50 mg | 20 szt. | 05909990294619 |
| 3536 | Tramadoli hydrochloridum | Tramadol SYNTEZA, krople doustne, 100 mg/ml | 1 but.po 10 ml | 05909990294718 |
| 3537 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg | 10 szt. | 05909990786213 |
| 3538 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg | 30 szt. | 05909990786220 |
| 3539 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg | 50 szt. | 05909990786237 |
| 3540 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 10 szt. | 05909990786312 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 3541 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 30 szt. | 05909990786329 |
| 3542 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 50 szt. | 05909990786336 |
| 3543 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 30 szt. | 05909991480691 |
| 3544 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 50 szt. | 05909991480707 |
| 3545 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 10 szt. | 05909990786411 |
| 3546 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 30 szt. | 05909990786428 |
| 3547 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 50 szt. | 05909990786435 |
| 3548 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg | 10 szt. | 05909990780303 |
| 3549 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg | 30 szt. | 05909990780334 |
| 3550 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg | 50 szt. | 05909990780341 |
| 3551 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal, kaps. twarde, 50 mg | 20 szt. | 05909990253616 |
| 3552 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml | 1 but.po 10 ml | 05909990253913 |
| 3553 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml | 1 but.po 96 ml z pompką | 05909990253920 |
| 3554 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml | 5 amp.po 1 ml | 05909990253814 |
| 3555 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml | 5 amp.po 2 ml | 05909990253821 |
| 3556 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Doreta, tabl. powl., 37,5+325 mg | 60 szt. | 05909990735167 |
| 3557 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Doreta, tabl. powl., 37,5+325 mg | 90 szt. | 05909991143923 |
| 3558 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Doreta, tabl. powl., 75+650 mg | 60 szt. | 05909990936595 |
| 3559 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Doreta, tabl. powl., 75+650 mg | 90 szt. | 05909991143930 |
| 3560 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Exbol, tabl. powl., 37,5+325 mg | 90 szt. | 03830070471243 |
| 3561 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Exbol, tabl., 37,5+325 mg | 30 szt. | 05909990971763 |
| 3562 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Exbol, tabl., 37,5+325 mg | 60 szt. | 05909990971794 |
| 3563 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Padolten, tabl. powl., 37,5+325 mg | 30 szt. | 05909990806287 |
| 3564 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Padolten, tabl. powl., 37,5+325 mg | 60 szt. | 05909990806294 |
| 3565 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Padolten, tabl. powl., 37,5+325 mg | 90 szt. | 05909990806300 |
| 3566 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Palgotal, tabl. powl., 75+650 mg | 30 szt. | 05909991195076 |
| 3567 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Palgotal, tabl. powl., 75+650 mg | 60 szt. | 05909991482060 |
| 3568 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Palgotal, tabl. powl., 75+650 mg | 90 szt. | 05909991482077 |
| 3569 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg | 20 szt. | 05909990840984 |
| 3570 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg | 30 szt. | 05909990840991 |
| 3571 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg | 60 szt. | 05909990841004 |
| 3572 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg | 90 szt. | 05909990981472 |
| 3573 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powl., 37,5+325 mg | 30 szt. | 08595566452230 |
| 3574 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powl., 37,5+325 mg | 60 szt. | 08595566452247 |
| 3575 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powl., 37,5+325 mg | 90 szt. | 08595566452254 |
| 3576 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Tramapar, tabl. powl., 37,5+325 mg | 30 szt. | 05909990959457 |
| 3577 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Tramapar, tabl. powl., 37,5+325 mg | 60 szt. | 05909990959488 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 3578 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Tramapar, tabl. powl., 37,5+325 mg | 100 szt. | 05909990959563 |
| 3579 | Tramadolum + Paracetamolum | Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg | 20 szt. | 05909991283735 |
| 3580 | Tramadolum + Paracetamolum | Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg | 30 szt. | 05909991283742 |
| 3581 | Tramadolum + Paracetamolum | Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg | 60 szt. | 05909991283759 |
| 3582 | Tramadolum + Paracetamolum | Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg | 90 szt. | 05909991283766 |
| 3583 | Travoprostum | Travatan, krople do oczu, roztwór, 0,04 mg/ml | 1 but.po 2,5 ml | 05909990942619 |
| 3584 | Travoprostum | Travoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml | 1 but.po 2,5 ml | 05909991197629 |
| 3585 | Travoprostum | Vizitrav, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml | 1 poj.a 2,5 ml | 05909991321949 |
| 3586 | Travoprostum | Vizitrav, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml | 3 poj.a 2,5 ml | 05909991321956 |
| 3587 | Travoprostum + Timololum | DuoTrav, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml | 1 but.po 2,5 ml | 05909990586172 |
| 3588 | Travoprostum + Timololum | Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml | 1 but.a 2,5 ml | 05909991347802 |
| 3589 | Travoprostum + Timololum | Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml | 3 but.a 2,5 ml | 05909991347819 |
| 3590 | Travoprostum + Timololum | Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml | 4 but.a 2,5 ml | 05909991347826 |
| 3591 | Travoprostum + Timololum | Travoprost + Timolol Medical Valley, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml | 1 but.a 2,5 ml | 05909991447106 |
| 3592 | Travoprostum + Timololum | Travoprost+Timolol Genoptim, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml | 1 but.a 2,5 ml | 05909991350420 |
| 3593 | Trazodoni hydrochloridum | Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 60 szt. | 05909990715497 |
| 3594 | Trazodoni hydrochloridum | Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 20 szt. | 05909990918720 |
| 3595 | Trazodoni hydrochloridum | Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg | 30 szt. | 05909990918621 |
| 3596 | Trazodoni hydrochloridum | Trittico XR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 30 szt. | 05909991094645 |
| 3597 | Trazodoni hydrochloridum | Trittico XR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg | 30 szt. | 05909991094799 |
| 3598 | Triamcinolonum | Polcortolon, tabl., 4 mg | 20 szt. (2 blist.po 10 szt.) | 05909990915446 |
| 3599 | 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 |
| 3600 | 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 |
| 3601 | Triptorelinum | Gonapeptyl Daily, roztwór do wstrzykiwań, 0,1 mg/ml | 7 amp.-strz.po 1 ml | 05909990707553 |
| 3602 | Tropicamidum | Tropicamidum WZF 0,5%, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml | 10 ml (2x5 ml) | 05909990125524 |
| 3603 | Tropicamidum | Tropicamidum WZF 1%, krople do oczu, roztwór, 10 mg/ml | 10 ml (2x5 ml) | 05909990125623 |
| 3604 | Umeclidinii bromidum + Vilanterolum | Anoro Ellipta, proszek do inhalacji, podzielony, 55+22 µg | 1 inhalator po 30 dawek | 05909991108984 |
| 3605 | Vaccinum influenzae inactivatum ex corticis 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 |
| 3606 | Valganciclovirum | Valcyte, proszek do sporządzania roztworu doustnego, 50 mg/ml | 1 but.po 12 g | 05902768001082 |
| 3607 | Valganciclovirum | Valhit, tabl. powl., 450 mg | 60 szt. | 05909991284381 |
| 3608 | Valsartanum | AuroValsart, tabl. powl., 160 mg | 28 szt. | 05909991345815 |
| 3609 | Valsartanum | AuroValsart, tabl. powl., 80 mg | 28 szt. | 05909991345785 |
| 3610 | Valsartanum | Avasart, tabl. powl., 160 mg | 28 szt. | 05909990773763 |
| 3611 | Valsartanum | Avasart, tabl. powl., 80 mg | 28 szt. | 05909990773695 |
| 3612 | Valsartanum | Bespres, tabl. powl., 160 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990751877 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 3613 | Valsartanum | Bespres, tabl. powl., 80 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990751594 |
| 3614 | Valsartanum | Diovan, tabl. powl., 160 mg | 28 szt. | 05909990929214 |
| 3615 | Valsartanum | Dipper - Mono, tabl. powl., 160 mg | 28 szt. | 05909990831067 |
| 3616 | Valsartanum | Dipper - Mono, tabl. powl., 160 mg | 56 szt. | 05909990831081 |
| 3617 | Valsartanum | Dipper - Mono, tabl. powl., 320 mg | 28 szt. | 05909990831159 |
| 3618 | Valsartanum | Dipper - Mono, tabl. powl., 80 mg | 28 szt. | 05909990830961 |
| 3619 | Valsartanum | Dipper - Mono, tabl. powl., 80 mg | 56 szt. | 05909990830985 |
| 3620 | Valsartanum | Tensart, tabl. powl., 160 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990682065 |
| 3621 | Valsartanum | Tensart, tabl. powl., 80 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990681877 |
| 3622 | Valsartanum | Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 160 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990074969 |
| 3623 | Valsartanum | Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 160 mg | 60 szt. | 05909990818983 |
| 3624 | Valsartanum | Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 160 mg | 90 szt. | 05909990818990 |
| 3625 | Valsartanum | Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 320 mg | 28 szt. | 05909990779147 |
| 3626 | Valsartanum | Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 320 mg | 28 szt. | 05909991460914 |
| 3627 | Valsartanum | Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 320 mg | 30 szt. | 05909991483036 |
| 3628 | Valsartanum | Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 80 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990074945 |
| 3629 | Valsartanum | Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 80 mg | 60 szt. | 05909990818853 |
| 3630 | Valsartanum | Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 80 mg | 90 szt. | 05909990818860 |
| 3631 | Valsartanum | Valsartan Medical Valley, tabl. powl., 160 mg | 28 szt. | 05909991282608 |
| 3632 | Valsartanum | Valsartan Medical Valley, tabl. powl., 80 mg | 28 szt. | 05909991282455 |
| 3633 | Valsartanum | Valtap, tabl. powl., 160 mg | 28 szt. | 05909990804580 |
| 3634 | Valsartanum | Valtap, tabl. powl., 80 mg | 28 szt. | 05909990804542 |
| 3635 | Valsartanum | Valzek, tabl., 160 mg | 28 szt. | 05909991202330 |
| 3636 | Valsartanum | Valzek, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05909991202286 |
| 3637 | Valsartanum | Vanatex, tabl. powl., 160 mg | 28 szt. | 05909990827480 |
| 3638 | Valsartanum | Vanatex, tabl. powl., 80 mg | 28 szt. | 05909990827459 |
| 3639 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | AuroValsart HCT, tabl. powl., 160+12,5 mg | 28 szt. | 05909991323837 |
| 3640 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | AuroValsart HCT, tabl. powl., 160+25 mg | 28 szt. | 05909991323875 |
| 3641 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | AuroValsart HCT, tabl. powl., 80+12,5 mg | 28 szt. | 05909991323783 |
| 3642 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Bespres, tabl. powl., 160+12,5 mg | 28 szt. | 05909990874255 |
| 3643 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Bespres, tabl. powl., 160+25 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990740864 |
| 3644 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Bespres, tabl. powl., 160+25 mg | 28 szt. | 05909991305949 |
| 3645 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Bespres, tabl. powl., 80+12,5 mg | 28 szt. | 05909990740833 |
| 3646 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Dipper, tabl. powl., 160+12,5 mg | 28 szt. | 05909990829989 |
| 3647 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Dipper, tabl. powl., 160+12,5 mg | 56 szt. | 05909990830008 |
| 3648 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Dipper, tabl. powl., 160+25 mg | 28 szt. | 05909990830107 |
| 3649 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Dipper, tabl. powl., 160+25 mg | 56 szt. | 05909990830138 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 3650 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Dipper, tabl. powl., 320+12,5 mg | 28 szt. | 05909990830176 |
| 3651 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Dipper, tabl. powl., 320+25 mg | 28 szt. | 05909990830244 |
| 3652 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Dipper, tabl. powl., 80+12,5 mg | 28 szt. | 05909990829927 |
| 3653 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Dipper, tabl. powl., 80+12,5 mg | 56 szt. | 05909990829941 |
| 3654 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Valsacor, tabl. powl., 160+12,5 mg | 28 szt. | 05909990740246 |
| 3655 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Valsacor, tabl. powl., 160+12,5 mg | 56 szt. | 05909990740253 |
| 3656 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Valsacor, tabl. powl., 160+12,5 mg | 98 szt. | 05909990740260 |
| 3657 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Valsacor, tabl. powl., 160+25 mg | 28 szt. | 05909990740277 |
| 3658 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Valsacor, tabl. powl., 160+25 mg | 56 szt. | 05909990740284 |
| 3659 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Valsacor, tabl. powl., 160+25 mg | 98 szt. | 05909990740291 |
| 3660 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Valsacor, tabl. powl., 320+12,5 mg | 28 szt. | 05909990847464 |
| 3661 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Valsacor, tabl. powl., 320+25 mg | 28 szt. | 05909990847501 |
| 3662 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Valsacor, tabl. powl., 80+12,5 mg | 28 szt. | 05909990740192 |
| 3663 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Valsacor, tabl. powl., 80+12,5 mg | 56 szt. | 05909990740208 |
| 3664 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Valsacor, tabl. powl., 80+12,5 mg | 98 szt. | 05909990740239 |
| 3665 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Tensart HCT, tabl. powl., 160+12,5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990704132 |
| 3666 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Tensart HCT, tabl. powl., 160+25 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990704262 |
| 3667 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Valtap HCT, tabl. powl., 160+12,5 mg | 28 szt. | 05909990801961 |
| 3668 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Valtap HCT, tabl. powl., 160+25 mg | 28 szt. | 05909990802005 |
| 3669 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Vanatex HCT, tabl. powl., 160+12,5 mg | 28 szt. | 05909990862375 |
| 3670 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Vanatex HCT, tabl. powl., 160+25 mg | 28 szt. | 05909990862399 |
| 3671 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Vanatex HCT, tabl. powl., 80+12,5 mg | 28 szt. | 05909990862351 |
| 3672 | Venlafaxinum | Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg | 60 szt. | 05909991197728 |
| 3673 | Venlafaxinum | Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. | 05909990047956 |
| 3674 | Venlafaxinum | Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 30 szt. | 05909991383886 |
| 3675 | Venlafaxinum | Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 30 szt. | 05909991394400 |
| 3676 | Venlafaxinum | Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg | 28 szt. | 05909990047901 |
| 3677 | Venlafaxinum | Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. | 05909990047895 |
| 3678 | Venlafaxinum | Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 30 szt. | 05909991383978 |
| 3679 | Venlafaxinum | Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 30 szt. | 05909991394318 |
| 3680 | Venlafaxinum | Alventa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 30 szt. | 05909991453879 |
| 3681 | Venlafaxinum | Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990660650 |
| 3682 | Venlafaxinum | Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 37,5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990660636 |
| 3683 | Venlafaxinum | Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990660643 |
| 3684 | Venlafaxinum | Efectin ER 150, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. | 05909990494019 |
| 3685 | Venlafaxinum | Efectin ER 75, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. | 05909990493913 |
| 3686 | Venlafaxinum | Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. | 05909990715374 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 3687 | Venlafaxinum | Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg | 28 szt. | 05909990715299 |
| 3688 | Venlafaxinum | Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. | 05909990715350 |
| 3689 | Venlafaxinum | Faxigen XL 150 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. | 05909990721528 |
| 3690 | Venlafaxinum | Faxigen XL 37,5 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg | 28 szt. | 05909990721498 |
| 3691 | Venlafaxinum | Faxigen XL 75 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. | 05909990721504 |
| 3692 | Venlafaxinum | Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. | 05909990691883 |
| 3693 | Venlafaxinum | Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg | 28 szt. | 05909990691760 |
| 3694 | Venlafaxinum | Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. | 05909990691906 |
| 3695 | Venlafaxinum | Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. | 05909991377168 |
| 3696 | Venlafaxinum | Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg | 28 szt. | 05909991377502 |
| 3697 | Venlafaxinum | Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. | 05909991377359 |
| 3698 | Venlafaxinum | Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. | 05909990795826 |
| 3699 | Venlafaxinum | Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 98 szt. | 05909990795833 |
| 3700 | Venlafaxinum | Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 225 mg | 28 szt. | 05909991481711 |
| 3701 | Venlafaxinum | Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg | 28 szt. | 05909990795802 |
| 3702 | Venlafaxinum | Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg | 98 szt. | 05909990795819 |
| 3703 | Venlafaxinum | Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. | 05909990795789 |
| 3704 | Venlafaxinum | Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 98 szt. | 05909990795796 |
| 3705 | Venlafaxinum | Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. | 05909990727520 |
| 3706 | Venlafaxinum | Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg | 28 szt. | 05909990727490 |
| 3707 | Venlafaxinum | Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. | 05909990727506 |
| 3708 | Venlafaxinum | Symfaxin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. | 05909991092030 |
| 3709 | Venlafaxinum | Symfaxin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. | 05909991091996 |
| 3710 | Venlafaxinum | Symfaxin ER, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg | 28 szt. | 05909991135096 |
| 3711 | Venlafaxinum | Velaxin ER 150 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. | 05909990056293 |
| 3712 | Venlafaxinum | Velaxin ER 37,5 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg | 28 szt. | 05909990055982 |
| 3713 | Venlafaxinum | Velaxin ER 75 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. | 05909990056279 |
| 3714 | Venlafaxinum | Venlafaxine Bluefish XL, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. | 05909990767625 |
| 3715 | Venlafaxinum | Venlafaxine Bluefish XL, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. | 05909990767601 |
| 3716 | Venlafaxinum | Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 28 szt. | 05909990424672 |
| 3717 | Venlafaxinum | Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 37,5 mg | 28 szt. | 05909990040971 |
| 3718 | Venlafaxinum | Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg | 28 szt. | 05909990040995 |
| 3719 | Verapamilum | Staveran 120, tabl. powl., 120 mg | 20 szt. | 05909990045419 |
| 3720 | Verapamilum | Staveran 40, tabl. powl., 40 mg | 20 szt. | 05909990045211 |
| 3721 | Verapamilum | Staveran 80, tabl. powl., 80 mg | 20 szt. | 05909990045310 |
| 3722 | Vigabatrinum | Sabril, granulat do sporządzania roztworu doustnego, 500 mg | 50 sasz. | 05909990832712 |
| 3723 | Vigabatrinum | Sabril, tabl. powl., 500 mg | 100 szt. | 05909990312818 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 3724 | Vildagliptinum | Anvildis, tabl., 50 mg | 56 szt. | 05901812162076 |
| 3725 | Vildagliptinum | Galvus, tabl., 50 mg | 28 szt. | 07613421058876 |
| 3726 | Vildagliptinum | Galvus, tabl., 50 mg | 56 szt. | 07613421058883 |
| 3727 | Vildagliptinum | Gliptivil, tabl., 50 mg | 28 szt. | 05909991492724 |
| 3728 | Vildagliptinum | Gliptivil, tabl., 50 mg | 56 szt. | 05909991492731 |
| 3729 | Vildagliptinum | Glypvilo, tabl., 50 mg | 60 szt. | 05909991372385 |
| 3730 | Vildagliptinum | Kwikaton, tabl., 50 mg | 28 szt. | 05909991457556 |
| 3731 | Vildagliptinum | Kwikaton, tabl., 50 mg | 56 szt. | 05909991457570 |
| 3732 | Vildagliptinum | Viglita, tabl., 50 mg | 28 szt. | 05909991401863 |
| 3733 | Vildagliptinum | Viglita, tabl., 50 mg | 56 szt. | 05909991401887 |
| 3734 | Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum | Anvildis Duo, tabl. powl., 50+1000 mg | 60 szt. | 05901812162434 |
| 3735 | Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum | Anvildis Duo, tabl. powl., 50+850 mg | 60 szt. | 05901812162403 |
| 3736 | Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum | Gliptivil Combo, tabl. powl., 50+1000 mg | 60 szt. | 05909991496999 |
| 3737 | Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum | Gliptivil Combo, tabl. powl., 50+850 mg | 60 szt. | 05909991496975 |
| 3738 | Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum | Vimetso, tabl. powl., 50+1000 mg | 60 szt. | 03838989736248 |
| 3739 | Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum | Vimetso, tabl. powl., 50+850 mg | 60 szt. | 03838989736255 |
| 3740 | Voriconazolum | Voriconazol Polpharma, tabl. powl., 200 mg | 20 szt. | 05909991063177 |
| 3741 | Voriconazolum | Voriconazole Accord, tabl. powl., 200 mg | 30 szt. | 05055565731536 |
| 3742 | Vortioxetini hydrobromidum | Brintellix, tabl. powl., 10 mg | 56 szt. | 05702150155153 |
| 3743 | Vortioxetini hydrobromidum | Brintellix, tabl. powl., 5 mg | 56 szt. | 05702150155146 |
| 3744 | Warfarinum natricum | Warfin, tabl., 3 mg | 100 szt. | 05909990622368 |
| 3745 | Warfarinum natricum | Warfin, tabl., 5 mg | 100 szt. | 05909990622382 |
| 3746 | Wyciągi alergenowe roztoczy kurzu domowego | Novo-Helisen Depot, zawiesina do wstrzykiwań, stężenie 3 - 5000 TU/ml lub 5000 PNU/ml | 2 fiol.po 4,5 ml (stężenie 3) | 05909990766871 |
| 3747 | Wyciągi alergenowe roztoczy kurzu domowego | Novo-Helisen Depot, zawiesina do wstrzykiwań, stężenie 3 - 5000 TU/ml lub 5000 PNU/ml | 1 fiol.po 4,5 ml (stężenie 3) | 05909991047061 |
| 3748 | Ziprasidonum | Zypsila, kaps. twarde, 80 mg | 56 szt. | 05909990681228 |
| 3749 | Zuclopenthixoli decanoas | Clopixol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml | 1 amp.po 1 ml | 05909990189212 |
| 3750 | Zuclopenthixoli decanoas | Clopixol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml | 10 amp.po 1 ml | 05909990189229 |
| 3751 | Zuclopenthixolum | Clopixol, tabl. powl., 10 mg | 100 szt. | 05909990126729 |
| 3752 | 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 | 1 inh.po 180 daw. | 08025153003144 |
| 11 | Beclometasoni dipropionas anhydricus + Formoteroli fumaras dihydricus | Fostex Nexthaler, proszek do inhalacji, podzielony, 100+6 µg/dawkę | 2 inh.po 180 daw. | 08025153003205 |
| 12 | Beclometasoni dipropionas anhydricus + Formoteroli fumaras dihydricus | Fostex, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę | 1 poj.po 180 daw. | 05909991245696 |
| 13 | Budesonidum | BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml | 20 amp.po 2 ml | 05909991306144 |
| 14 | Budesonidum | BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml | 20 amp.po 2 ml | 05909991306151 |
| 15 | Budesonidum | Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml | 20 amp.po 2 ml | 05909991283629 |
| 16 | Budesonidum | Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml | 20 amp.po 2 ml | 05909991283650 |
| 17 | Budesonidum | Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml | 20 amp.po 2 ml | 05909991283698 |
| 18 | Budesonidum | Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę | 1 inh.po 200 daw. (zestaw startowy) | 05909990337354 |
| 19 | Budesonidum | Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę | 1 inh.po 200 daw. (zestaw startowy) | 05909990337323 |
| 20 | Budesonidum | Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 400 µg/dawkę | 1 inh.po 100 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy) | 05909990337286 |
| 21 | Budesonidum | Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inh. | 120 szt. | 05909991223793 |
| 22 | Budesonidum | Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inhalacyjną | 60 kaps. | 05909991204082 |
| 23 | Budesonidum | Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inh. | 120 szt. | 05909991223809 |
| 24 | Budesonidum | Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inhalacyjną | 60 kaps. | 05909991203986 |
| 25 | Budesonidum | Budiair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną | 1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. | 05909990335169 |
| 26 | Budesonidum | Budiair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną | 1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. z komorą inhalacyjną Jet | 05909990335176 |
| 27 | Budesonidum | Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml | 20 poj. 2 ml | 05906414002522 |
| 28 | Budesonidum | Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml | 20 poj. 2 ml | 05906414002539 |
| 29 | Budesonidum | Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/2 ml | 20 szt. | 05909991107925 |
| 30 | Budesonidum | Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml | 20 amp. po 2 ml | 05909991005696 |
| 31 | Budesonidum | Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml | 20 amp. po 2 ml | 05909991005733 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 32 | Budesonidum | Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 200 daw. | 05909990677313 |
| 33 | Budesonidum | Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 100 daw. | 05909990677412 |
| 34 | Budesonidum | Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml | 20 poj.po 2 ml | 05909990445615 |
| 35 | Budesonidum | Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml | 20 poj.po 2 ml | 05909990445714 |
| 36 | Budesonidum | Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml | 20 poj.po 2 ml | 05909990445813 |
| 37 | Budesonidum | Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml | 20 poj.po 2 ml | 05909991233099 |
| 38 | Budesonidum | Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml | 20 poj.po 2 ml | 05909991269784 |
| 39 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh. po 60 dawek | 07613421020866 |
| 40 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh.po 60 daw. | 07613421047047 |
| 41 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną | 2 inh. po 60 dawek | 05907626709476 |
| 42 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh.po 120 daw. | 05909991137458 |
| 43 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh.po 60 daw. | 05909991137625 |
| 44 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg | 1 inhalator (120 dawek) | 05909991136932 |
| 45 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 320+9 µg | 1 inhalator (60 dawek) | 05909991136963 |
| 46 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę | 1 inh.po 60 daw. | 05903060620971 |
| 47 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę | 2 inh.po 60 daw. | 05903060620988 |
| 48 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 320+9 µg/dawkę | 1 inh.po 60 daw. | 05903060620995 |
| 49 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh. po 120 daw. | 05909990873074 |
| 50 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh.po 60 daw. | 05909990873241 |
| 51 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 80+4,5 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh.po 60 daw. | 05909990872886 |
| 52 | Carbamazepinum | Amizepin, tabl., 200 mg | 50 szt. | 05909990043910 |
| 53 | Carbamazepinum | Finlepsin 200 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 50 szt. | 05909991030315 |
| 54 | Carbamazepinum | Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg | 30 szt. | 05909991014216 |
| 55 | Carbamazepinum | Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg | 50 szt. | 05909991014223 |
| 56 | Carbamazepinum | Finlepsin, tabl., 200 mg | 50 szt. | 05909991014117 |
| 57 | Carbamazepinum | Neurotop retard 300, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg | 50 szt. | 05909990244515 |
| 58 | Carbamazepinum | Neurotop retard 600, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 600 mg | 50 szt. | 05909990244614 |
| 59 | Carbamazepinum | Tegretol CR 200, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg | 50 szt. | 05909990120215 |
| 60 | Carbamazepinum | Tegretol CR 400, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 400 mg | 30 szt. | 05909990120116 |
| 61 | Carbamazepinum | Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml | 100 ml | 05909990341917 |
| 62 | Carbamazepinum | Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml | 250 ml | 05909990341924 |
| 63 | Ciclesonidum | Alvesco 160, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160 µg | 1 poj. 120 daw. | 05909990212064 |
| 64 | Ciclesonidum | Alvesco 80, aerozol inhalacyjny, roztwór, 80 µg | 1 poj. 120 daw. | 05909990212057 |
| 65 | Czterowalentna szczepionka przeciw grypie (rozszczepiony wirion), inaktywowana | VaxigripTetra, zawiesina do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 1 dawka | 1 amp.-strzyk. 0,5 ml z igłą | 05909991302108 |
| 66 | Enoxaparinum natricum | Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg/0,8 ml | 10 amp.-strz.po 0,8 ml | 05909990891429 |
| 67 | Enoxaparinum natricum | Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/1 ml | 10 amp.-strz.po 1 ml | 05909990891528 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 68 | Enoxaparinum natricum | Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/1 ml | 10 amp.-strz.po 1 ml | 05909990774920 |
| 69 | Enoxaparinum natricum | Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml | 10 amp.-strz.po 0,2 ml | 05909990048328 |
| 70 | Enoxaparinum natricum | Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml | 10 amp.-strz.po 0,4 ml | 05909990048427 |
| 71 | Enoxaparinum natricum | Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml | 10 amp.-strz.po 0,6 ml | 05909990774821 |
| 72 | Enoxaparinum natricum | Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml | 10 amp.-strz.po 0,8 ml | 05909990775026 |
| 73 | Enoxaparinum natricum | Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 120 mg/0,8 ml | 10 amp.-strz. | 05906395161126 |
| 74 | Enoxaparinum natricum | Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 150 mg/1 ml | 10 amp.-strz. | 05906395161164 |
| 75 | Enoxaparinum natricum | Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/1 ml | 10 amp.-strz.po 1 ml | 05906395161096 |
| 76 | Enoxaparinum natricum | Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml | 10 amp.-strz.po 0,2 ml | 05906395161010 |
| 77 | Enoxaparinum natricum | Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml | 10 amp.-strz.po 0,4 ml | 05906395161034 |
| 78 | Enoxaparinum natricum | Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml | 10 amp.-strz.po 0,6 ml | 05906395161058 |
| 79 | Enoxaparinum natricum | Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml | 10 amp.-strz.po 0,8 ml | 05906395161072 |
| 80 | Fenoteroli hydrobromidum | Berotec N 100, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100 µg/dawkę | 1 poj.po 10 ml (200 daw.) | 05909990376414 |
| 81 | Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum | Berodual N, aerozol inhalacyjny, roztwór, 50+21 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 200 dawek | 05909990917815 |
| 82 | Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum | Berodual, roztwór do nebulizacji, 0,5+0,25 mg/ml | 20 ml | 05909990101917 |
| 83 | Fluticasoni propionas | Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną | 60 daw. | 05909990484621 |
| 84 | Fluticasoni propionas | Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 250 µg/dawkę inhalacyjną | 60 daw. | 05909990484720 |
| 85 | Fluticasoni propionas | Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną | 60 daw. | 05909990484522 |
| 86 | Fluticasoni propionas | Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 500 µg/dawkę inhalacyjną | 60 daw. | 05909990484829 |
| 87 | Fluticasoni propionas | Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg | 60 daw. | 05909990851416 |
| 88 | Fluticasoni propionas | Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg | 120 daw. | 05909990851423 |
| 89 | Fluticasoni propionas | Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg | 60 daw. | 05909990851515 |
| 90 | Fluticasoni propionas | Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg | 120 daw. | 05909990851522 |
| 91 | Fluticasoni propionas | Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50 µg/dawkę inhalacyjną | 120 daw. | 05909990851317 |
| 92 | Fluticasoni propionas | Flurhinal, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg/dawkę inh. | 120 daw. | 05909991401771 |
| 93 | Fluticasoni propionas | Flurhinal, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg/dawkę inh. | 120 daw. | 05909991401788 |
| 94 | Fluticasoni propionas | Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg | 120 szt. | 05909990938001 |
| 95 | Fluticasoni propionas | Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg/dawkę inhalacyjną | 60 szt. | 05909990785858 |
| 96 | Fluticasoni propionas | Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg | 120 szt. | 05909990938025 |
| 97 | Fluticasoni propionas | Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg/dawkę inhalacyjną | 60 szt. | 05909990785889 |
| 98 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, 250+50 µg | 1 inh.po 60 daw. | 05909991274931 |
| 99 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, 500+50 µg | 1 inh.po 60 daw. | 05909991274955 |
| 100 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator 60 dawek | 05909991442064 |
| 101 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator 60 dawek | 05909991447915 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 102 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator 60 dawek | 05909991034870 |
| 103 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 3 inh.po 60 dawek | 05909991448523 |
| 104 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator 60 dawek | 05909991034887 |
| 105 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 3 inh.po 60 dawek | 05909991448530 |
| 106 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator 60 dawek | 05909991034894 |
| 107 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 3 inh.po 60 dawek | 05909991448547 |
| 108 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 100+50 µg/dawkę | 1 inhalator 60 dawek | 05909991447557 |
| 109 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę | 1 inhalator 60 dawek | 05909991447595 |
| 110 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę | 1 inhalator 60 dawek | 05909991447632 |
| 111 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Comboterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj. 120 dawek | 05906720534670 |
| 112 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Comboterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj. 120 dawek | 05906720534687 |
| 113 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 100+50 µg/dawkę | 1 inhalator 60 dawek | 05900411004732 |
| 114 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę | 1 inhalator 60 dawek | 05900411004749 |
| 115 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę | 1 inhalator 60 dawek | 05900411004756 |
| 116 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj. 120 dawek | 05900411004763 |
| 117 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę odmierzoną | 1 poj. 120 dawek | 05900411004787 |
| 118 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Duexon, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę odmierzoną | 1 poj. 120 dawek | 05900411004770 |
| 119 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh.po 120 daw. | 05909991403959 |
| 120 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh.po 120 daw. | 05909991403966 |
| 121 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh.po 120 daw. | 05909991403898 |
| 122 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Salflumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę odmierzoną | 1 inh.po 60 daw. | 05909991383626 |
| 123 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Salflumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę odmierzoną | 1 inh.po 60 daw. | 05909991383657 |
| 124 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Salmex, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator (60 dawek) | 05909991034900 |
| 125 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Salmex, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator (60 dawek) | 05909991034924 |
| 126 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Salmex, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator (60 dawek) | 05909991034931 |
| 127 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Seretide 125, aerozol wziewny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 120 daw. | 05909990907014 |
| 128 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Seretide 250, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 120 daw. | 05909990907113 |
| 129 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Seretide 50, aerozol wziewny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 120 daw. | 05909990906918 |
| 130 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Seretide Dysk 100, proszek do inhalacji, 100+50 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 60 daw. | 05909990832422 |
| 131 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Seretide Dysk 250, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 60 daw. | 05909990832521 |
| 132 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Seretide Dysk 500, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 60 daw. | 05909990832620 |
| 133 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Symflusal, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną | 1 blister 60 dawek + inhalator Elpenhaler | 05909991078980 |
| 134 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Symflusal, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną | 1 blister 60 dawek + inhalator Elpenhaler | 05909991079055 |
| 135 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Veriflo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj. 120 dawek | 05909991477585 |
| 136 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Veriflo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj. 120 dawek | 05909991477592 |
| 137 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Veriflo, proszek do inhalacji, podzielony, 50+25 µg/dawkę | 1 poj. 120 dawek | 05909991477578 |
| 138 | Formoteroli fumaras | Foradil, proszek do inhalacji w kaps. 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** |
| 139 | Formoteroli fumaras | Foradil, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg | 180 szt. | 07613421020934 |
| 140 | Formoteroli fumaras | Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg | 120 kaps. | 05909990937981 |
| 141 | Formoteroli fumaras | Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg | 60 szt. | 05909990975914 |
| 142 | Formoteroli fumaras dihydricus | Atimos, aerozol inhalacyjny, roztwór, 12 µg/dawkę odmierzoną | 1 poj.po 120 daw. | 05909990620777 |
| 143 | Formoteroli fumaras dihydricus | Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg | 60 szt. | 05909990614400 |
| 144 | Formoteroli fumaras dihydricus | Forastmin, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 12 µg | 120 szt. | 05909991218287 |
| 145 | Formoteroli fumaras dihydricus | Forastmin, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 12 µg | 180 szt. | 05909991218294 |
| 146 | Formoteroli fumaras dihydricus | Formoterol Easyhaler, proszek do inhalacji, 12 mcg | 1 poj. (120 daw.) (+ op.ochr.) | 05909990337446 |
| 147 | Formoteroli fumaras dihydricus | Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 4,5 µg/dawkę | 1 inh.po 60 daw. | 05909990445219 |
| 148 | Formoteroli fumaras dihydricus | Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 9 µg/dawkę | 1 inh.po 60 daw. | 05909990445318 |
| 149 | Formoteroli fumaras dihydricus | Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg | 60 kaps. | 05909990849000 |
| 150 | Formoteroli fumaras dihydricus | Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg | 120 szt. | 05909990996681 |
| 151 | Hydrocortisonum | Hydrocortisonum-SF, tabl., 10 mg | 60 szt. | 05909991218140 |
| 152 | Insulinum aspartum | Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909991306298 |
| 153 | Insulinum aspartum | Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml | 1 fiol. a 10 ml | 05909991378059 |
| 154 | Insulinum aspartum | Insulin aspart Sanofi, roztwór do wstrz., 100 j/ml | 10 wstrz. po 3 ml | 05909991429171 |
| 155 | Insulinum aspartum | NovoMix 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990879915 |
| 156 | Insulinum aspartum | NovoMix 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml | 5 wkł.po 3ml | 05909990614981 |
| 157 | Insulinum aspartum | NovoRapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990451814 |
| 158 | Insulinum aspartum | NovoRapid, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml | 1 fiol.po 10 ml | 05909991369668 |
| 159 | Insulinum degludecum | Tresiba, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml | 10 wkł.po 3 ml | 05712249124441 |
| 160 | Insulinum degludecum + Insulinum aspartum | Ryzodeg, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml Penfill | 05909991371562 |
| 161 | Insulinum detemirum | Levemir, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml | 5 wkł.po 3 ml (Penfill) | 05909990005741 |
| 162 | Insulinum glarginum | Abasaglar, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml | 10 wkł.po 3 ml | 05909991201982 |
| 163 | Insulinum glarginum | Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml | 5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml | 05909990617555 |
| 164 | Insulinum glarginum | Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml | 5 wkładów po 3 ml | 05909990895717 |
| 165 | Insulinum glarginum | Toujeo, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 300 j/ml | 10 wstrzykiwaczy SoloStar po 1,5 ml | 05909991231538 |
| 166 | Insulinum glulisinum | Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml | 1 fiol.po 10 ml | 05909990008483 |
| 167 | Insulinum glulisinum | Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990008575 |
| 168 | Insulinum glulisinum | Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wstrz. SoloStar po 3 ml | 05909990617197 |
| 169 | Insulinum humanum | Actrapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990237920 |
| 170 | Insulinum humanum | Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990853113 |
| 171 | Insulinum humanum | Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 10 wkł.po 3 ml | 05909990958566 |
| 172 | Insulinum humanum | Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990853311 |
| 173 | Insulinum humanum | Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 10 wkł.po 3 ml | 05909990958573 |
| 174 | Insulinum humanum | Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990853519 |
| 175 | Insulinum humanum | Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 10 wkł.po 3 ml | 05909990958580 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 176 | Insulinum humanum | Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990852413 |
| 177 | Insulinum humanum | Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 10 wkł.po 3 ml | 05909990958597 |
| 178 | Insulinum humanum | Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990852116 |
| 179 | Insulinum humanum | Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 10 wkł.po 3 ml | 05909990958603 |
| 180 | Insulinum humanum | Humulin M3 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990246014 |
| 181 | Insulinum humanum | Humulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990246717 |
| 182 | Insulinum humanum | Humulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990247011 |
| 183 | Insulinum humanum | Insulatard Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990348923 |
| 184 | Insulinum humanum | Mixtard 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990238323 |
| 185 | Insulinum humanum | Mixtard 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990348121 |
| 186 | Insulinum humanum | Polhumin Mix - 2, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909991022921 |
| 187 | Insulinum humanum | Polhumin Mix - 3, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909991023027 |
| 188 | Insulinum humanum | Polhumin Mix - 4, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909991023126 |
| 189 | Insulinum humanum | Polhumin Mix - 5, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909991023324 |
| 190 | Insulinum humanum | Polhumin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909991022525 |
| 191 | Insulinum humanum | Polhumin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909991022822 |
| 192 | Insulinum lisprum | Humalog Mix25, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990455010 |
| 193 | Insulinum lisprum | Humalog Mix50, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990455614 |
| 194 | Insulinum lisprum | Humalog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990692422 |
| 195 | Insulinum lisprum | Insulin Lispro Sanofi, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100 j./ml | 10 wstrz. 3 ml SoloStar | 05909991333553 |
| 196 | Insulinum lisprum | Liprolog Junior KwikPen, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml | 5 wstrzyk. po 3 ml | 05907677973123 |
| 197 | Insulinum lisprum | Liprolog KwikPen, roztwór do wstrz., 200 j.m./ml | 5 wstrzyk. po 3 ml | 05999885490165 |
| 198 | Insulinum lisprum | Liprolog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 10 wkł.po 3 ml | 05909990005536 |
| 199 | Ipratropii bromidum | Atrodil, aerozol inhalacyjny, roztwór, 20 µg | 1 poj.po 10 ml (200 daw.) | 05909991185879 |
| 200 | Ipratropii bromidum | Atrovent N, aerozol wziewny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 10 ml (200 daw.) | 05909990999019 |
| 201 | Ipratropii bromidum | Atrovent, płyn do inhalacji z nebulizatora, 250 µg/ml | 1 but.po 20 ml | 05909990322114 |
| 202 | Ipratropii bromidum | Ipravent Inhaler, aerozol wziewny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 200 daw. | 05909991306236 |
| 203 | Lamotriginum | Epitrigine 100 mg tabletki, tabl., 100 mg | 30 szt. | 05909990334766 |
| 204 | Lamotriginum | Epitrigine 50 mg tabletki, tabl., 50 mg | 30 szt. | 05909990334759 |
| 205 | Lamotriginum | Lamilept, tabl., 100 mg | 30 szt. | 05909990038480 |
| 206 | Lamotriginum | Lamilept, tabl., 100 mg | 30 szt. | 05909991496296 |
| 207 | Lamotriginum | Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 100 mg | 30 szt. | 05909990787319 |
| 208 | Lamotriginum | Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 25 mg | 30 szt. | 05909990787210 |
| 209 | Lamotriginum | Lamitrin, tabl., 100 mg | 30 szt. | 05909990346318 |
| 210 | Lamotriginum | Lamitrin, tabl., 100 mg | 60 szt. | 05909990346325 |
| 211 | Lamotriginum | Lamotrix, tabl., 100 mg | 90 szt. | 05909990961092 |
| 212 | Lamotriginum | Lamotrix, tabl., 100 mg | 30 szt. | 05909991006617 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 213 | Lamotriginum | Lamotrix, tabl., 25 mg | 30 szt. | 05909991006419 |
| 214 | Lamotriginum | Lamotrix, tabl., 50 mg | 30 szt. | 05909991006518 |
| 215 | Lamotriginum | Symla, tabl., 100 mg | 30 szt. | 05909990972616 |
| 216 | Lamotriginum | Symla, tabl., 25 mg | 30 szt. | 05909990972418 |
| 217 | Lamotriginum | Symla, tabl., 50 mg | 30 szt. | 05909990972517 |
| 218 | Levetiracetamum | Cezarius, roztwór doustny, 100 mg/ml | 300 ml | 05909990928149 |
| 219 | Levetiracetamum | Cezarius, tabl. powl., 1000 mg | 50 szt. | 05909990928248 |
| 220 | Levetiracetamum | Cezarius, tabl. powl., 250 mg | 50 szt. | 05909990928200 |
| 221 | Levetiracetamum | Cezarius, tabl. powl., 500 mg | 50 szt. | 05909990928224 |
| 222 | Levetiracetamum | Cezarius, tabl. powl., 750 mg | 50 szt. | 05909990928231 |
| 223 | Levetiracetamum | Keppra, roztwór doustny, 100 mg/ml | 1 butelka 300 ml + 1 strzykawka 10 ml | 05909990006755 |
| 224 | Levetiracetamum | Levebon, tabl. powl., 1000 mg | 50 szt. | 05909990989805 |
| 225 | Levetiracetamum | Levebon, tabl. powl., 500 mg | 50 szt. | 05909990989379 |
| 226 | Levetiracetamum | Levetiracetam Accord, roztwór doustny, 100 mg/ml | 1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml | 05909991374501 |
| 227 | Levetiracetamum | Levetiracetam Accord, tabl. powl., 1000 mg | 50 szt. | 05909990921737 |
| 228 | Levetiracetamum | Levetiracetam Accord, tabl. powl., 1000 mg | 100 szt. | 05909990921751 |
| 229 | Levetiracetamum | Levetiracetam Accord, tabl. powl., 250 mg | 50 szt. | 05909990921492 |
| 230 | Levetiracetamum | Levetiracetam Accord, tabl. powl., 500 mg | 50 szt. | 05909990921577 |
| 231 | Levetiracetamum | Levetiracetam Accord, tabl. powl., 500 mg | 100 szt. | 05909990921591 |
| 232 | Levetiracetamum | Levetiracetam Accord, tabl. powl., 750 mg | 50 szt. | 05909990921652 |
| 233 | Levetiracetamum | Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 250 mg | 100 szt. | 05909990921522 |
| 234 | Levetiracetamum | Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 750 mg | 100 szt. | 05909990921676 |
| 235 | Levetiracetamum | Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 1000 mg | 50 szt. | 05909990971305 |
| 236 | Levetiracetamum | Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 250 mg | 50 szt. | 05909990970957 |
| 237 | Levetiracetamum | Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 500 mg | 50 szt. | 05909990971060 |
| 238 | Levetiracetamum | Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 750 mg | 50 szt. | 05909990971183 |
| 239 | Levetiracetamum | Levetiracetam NeuroPharma, roztwór doustny, 100 mg/ml | 300 ml (but.) | 05909990958672 |
| 240 | Levetiracetamum | Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 1000 mg | 50 szt. | 05909990959129 |
| 241 | Levetiracetamum | Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 1000 mg | 100 szt. | 05909990959167 |
| 242 | Levetiracetamum | Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 500 mg | 50 szt. | 05909990958986 |
| 243 | Levetiracetamum | Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 500 mg | 100 szt. | 05909990959037 |
| 244 | Levetiracetamum | Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 750 mg | 50 szt. | 05909990958856 |
| 245 | Levetiracetamum | Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 750 mg | 100 szt. | 05909990958894 |
| 246 | Levetiracetamum | Normeg, tabl. powl., 1000 mg | 50 szt. | 05909990998302 |
| 247 | Levetiracetamum | Normeg, tabl. powl., 1000 mg | 100 szt. | 05909990998357 |
| 248 | Levetiracetamum | Normeg, tabl. powl., 250 mg | 50 szt. | 05909990998135 |
| 249 | 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** |
| 250 | Levetiracetamum | Normeg, tabl. powl., 500 mg | 100 szt. | 05909990998203 |
| 251 | Levetiracetamum | Normeg, tabl. powl., 750 mg | 50 szt. | 05909990998258 |
| 252 | Levetiracetamum | Normeg, tabl. powl., 750 mg | 100 szt. | 05909990998272 |
| 253 | Levetiracetamum | Polkepral, tabl. powl., 1000 mg | 50 szt. | 05909991031992 |
| 254 | Levetiracetamum | Polkepral, tabl. powl., 1000 mg | 100 szt. | 05909991032043 |
| 255 | Levetiracetamum | Polkepral, tabl. powl., 250 mg | 50 szt. | 05909991031497 |
| 256 | Levetiracetamum | Polkepral, tabl. powl., 500 mg | 50 szt. | 05909991031602 |
| 257 | Levetiracetamum | Polkepral, tabl. powl., 500 mg | 100 szt. | 05909991031640 |
| 258 | Levetiracetamum | Polkepral, tabl. powl., 750 mg | 50 szt. | 05909991031886 |
| 259 | Levetiracetamum | Trund, tabl. powl., 1000 mg | 50 szt. | 05909990925940 |
| 260 | Levetiracetamum | Trund, tabl. powl., 1000 mg | 100 szt. | 05909990925957 |
| 261 | Levetiracetamum | Trund, tabl. powl., 250 mg | 50 szt. | 05909990925858 |
| 262 | Levetiracetamum | Trund, tabl. powl., 500 mg | 50 szt. | 05909990925872 |
| 263 | Levetiracetamum | Trund, tabl. powl., 500 mg | 100 szt. | 05909990925889 |
| 264 | Levetiracetamum | Trund, tabl. powl., 750 mg | 50 szt. | 05909990925926 |
| 265 | Levetiracetamum | Vetira, roztwór doustny , 100 mg/ml | 1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml | 05909990935901 |
| 266 | Levetiracetamum | Vetira, roztwór doustny, 100 mg/ml | 150 ml | 05909990935895 |
| 267 | Levetiracetamum | Vetira, tabl. powl., 1000 mg | 50 szt. | 05909990936250 |
| 268 | Levetiracetamum | Vetira, tabl. powl., 250 mg | 50 szt. | 05909990935956 |
| 269 | Levetiracetamum | Vetira, tabl. powl., 500 mg | 50 szt. | 05909990936052 |
| 270 | Levetiracetamum | Vetira, tabl. powl., 750 mg | 50 szt. | 05909990936151 |
| 271 | Levothyroxinum natricum | Althyxin, tabl., 100 µg | 50 szt. | 05909991439699 |
| 272 | Levothyroxinum natricum | Althyxin, tabl., 100 µg | 100 szt. | 05909991439705 |
| 273 | Levothyroxinum natricum | Althyxin, tabl., 125 µg | 50 szt. | 05909991439712 |
| 274 | Levothyroxinum natricum | Althyxin, tabl., 125 µg | 100 szt. | 05909991439729 |
| 275 | Levothyroxinum natricum | Althyxin, tabl., 150 µg | 50 szt. | 05909991439736 |
| 276 | Levothyroxinum natricum | Althyxin, tabl., 150 µg | 100 szt. | 05909991439743 |
| 277 | Levothyroxinum natricum | Althyxin, tabl., 175 µg | 50 szt. | 05909991439750 |
| 278 | Levothyroxinum natricum | Althyxin, tabl., 200 µg | 50 szt. | 05909991439774 |
| 279 | Levothyroxinum natricum | Althyxin, tabl., 75 µg | 50 szt. | 05909991439675 |
| 280 | Levothyroxinum natricum | Althyxin, tabl., 75 µg | 100 szt. | 05909991439682 |
| 281 | Levothyroxinum natricum | Eferox, tabl., 100 µg | 50 szt. | 05909991431907 |
| 282 | Levothyroxinum natricum | Eferox, tabl., 100 µg | 100 szt. | 05909991431914 |
| 283 | Levothyroxinum natricum | Eferox, tabl., 50 µg | 50 szt. | 05909991431884 |
| 284 | Levothyroxinum natricum | Eferox, tabl., 50 µg | 100 szt. | 05909991431891 |
| 285 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 100, tabl., 100 µg | 50 szt. | 05909991051419 |
| 286 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 100, tabl., 100 µg | 100 szt. | 05909991051426 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 287 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 112 µg, tabl., 112 µg | 50 szt. | 05909990719006 |
| 288 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 125, tabl., 125 µg | 50 szt. | 05909991051518 |
| 289 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 125, tabl., 125 µg | 100 szt. | 05909991051525 |
| 290 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 137 µg, tabl., 137 µg | 50 szt. | 05909990719037 |
| 291 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 150, tabl., 150 µg | 50 szt. | 05909991051617 |
| 292 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 150, tabl., 150 µg | 100 szt. | 05909991051624 |
| 293 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 175, tabl., 175 µg | 50 szt. | 05909991051716 |
| 294 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 200, tabl., 200 µg | 50 szt. | 05909991051815 |
| 295 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 25, tabl., 25 µg | 50 szt. | 05909991051112 |
| 296 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 25, tabl., 25 µg | 100 szt. | 05909991051129 |
| 297 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 50, tabl., 50 µg | 50 szt. | 05909991051211 |
| 298 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 50, tabl., 50 µg | 100 szt. | 05909991051228 |
| 299 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 75, tabl., 75 µg | 50 szt. | 05909991051310 |
| 300 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 75, tabl., 75 µg | 100 szt. | 05909991051327 |
| 301 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 88 µg, tabl., 88 µg | 50 szt. | 05909990718986 |
| 302 | Levothyroxinum natricum | Letrox 100, tabl., 100 µg | 50 szt. | 05909990168910 |
| 303 | Levothyroxinum natricum | Letrox 125 mikrogramów, tabl., 125 µg | 50 szt. | 05909991107307 |
| 304 | Levothyroxinum natricum | Letrox 150, tabl., 150 µg | 50 szt. | 05909990820610 |
| 305 | Levothyroxinum natricum | Letrox 50, tabl., 50 µg | 50 szt. | 05909990374014 |
| 306 | Levothyroxinum natricum | Letrox 75 mikrogramów, tabl., 75 µg | 50 szt. | 05909991107260 |
| 307 | Methylprednisoloni acetas | Depo-Medrol, zawiesina do wstrzykiwań, 40 mg/ml | 1 fiol.po 1 ml | 05909990154814 |
| 308 | Methylprednisoloni acetas + Lidocaini hydrochloridum | Depo-Medrol z Lidokainą, zawiesina do wstrzykiwań, 40+10 mg/ml | 1 fiol.po 1 ml | 05909990236312 |
| 309 | Methylprednisolonum | Medrol, tabl., 16 mg | 50 szt. (5 blist.po 10 szt.) | 05909990683215 |
| 310 | Methylprednisolonum | Medrol, tabl., 4 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990683123 |
| 311 | Methylprednisolonum | Meprelon, tabl., 16 mg | 30 szt. | 05909990835539 |
| 312 | Methylprednisolonum | Meprelon, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909990834501 |
| 313 | Methylprednisolonum | Meprelon, tabl., 8 mg | 30 szt. | 05909990834464 |
| 314 | Methylprednisolonum | Metypred, tabl., 16 mg | 30 szt. | 05909990316618 |
| 315 | Methylprednisolonum | Metypred, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909990316519 |
| 316 | Metoprololi tartras | Metocard, tabl., 100 mg | 30 szt. | 05909990034529 |
| 317 | Metoprololi tartras | Metocard, tabl., 50 mg | 30 szt. | 05909990034420 |
| 318 | Metoprololi tartras | Metoprolol Medreg, tabl. powl., 100 mg | 30 szt. | 08595566452483 |
| 319 | Montelukastum | Asmenol, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990670758 |
| 320 | Montelukastum | Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg | 28 szt. | 05909990881758 |
| 321 | Montelukastum | Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg | 28 szt. | 05909990881772 |
| 322 | Montelukastum | Astmodil, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990881734 |
| 323 | Montelukastum | Astmodil, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909991422462 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 324 | Montelukastum | Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg | 28 szt. | 05909990668144 |
| 325 | Montelukastum | Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg | 28 szt. | 05909990668120 |
| 326 | Montelukastum | Milukante, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990668137 |
| 327 | Montelukastum | Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg | 28 szt. | 05909990662685 |
| 328 | Montelukastum | Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg | 28 szt. | 05909990662647 |
| 329 | Montelukastum | Monkasta, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990671243 |
| 330 | Montelukastum | Montelukast Aurovitas, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg | 28 szt. | 05909990994076 |
| 331 | Montelukastum | Montelukast Aurovitas, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg | 28 szt. | 05909990993857 |
| 332 | Montelukastum | Montelukast Aurovitas, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909991088255 |
| 333 | Montelukastum | Montelukast Bluefish, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990871858 |
| 334 | Montelukastum | Montelukast Medreg, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909991329235 |
| 335 | Montelukastum | Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg | 28 szt. | 05909990803743 |
| 336 | Montelukastum | Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg | 28 szt. | 05909990803767 |
| 337 | Montelukastum | Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg | 60 szt. | 05907626703481 |
| 338 | Montelukastum | Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990780266 |
| 339 | Montelukastum | Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909991457013 |
| 340 | Montelukastum | Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909991472023 |
| 341 | Montelukastum | Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg | 60 szt. | 05909991472030 |
| 342 | Montelukastum | Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg | 28 szt. | 05909990893188 |
| 343 | Montelukastum | Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg | 28 szt. | 05909990893263 |
| 344 | Montelukastum | Orilukast, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909990893294 |
| 345 | Montelukastum | Promonta 10 mg, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990671090 |
| 346 | Montelukastum | Promonta 4 mg, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg | 28 szt. | 05909990671052 |
| 347 | Montelukastum | Promonta 5 mg, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg | 28 szt. | 05909990671076 |
| 348 | Montelukastum | Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg | 28 szt. | 05909991007263 |
| 349 | Montelukastum | Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg | 28 szt. | 05909991007270 |
| 350 | Montelukastum | Romilast, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909991007300 |
| 351 | Nadroparinum calcicum | Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 2850 j.m. Axa/0,3 ml | 10 amp.-strz.po 0,3 ml | 05909990075621 |
| 352 | Nadroparinum calcicum | Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 3800 j.m. Axa/0,4 ml | 10 amp.-strz.po 0,4 ml | 05909990716821 |
| 353 | Nadroparinum calcicum | Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 5700 j.m. Axa/0,6 ml | 10 amp.-strz.po 0,6 ml | 05909990075720 |
| 354 | Nadroparinum calcicum | Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 7600 j.m. Axa/0,8 ml | 10 amp.-strz.po 0,8 ml | 05909990716920 |
| 355 | Nadroparinum calcicum | Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 11400 j.m. Axa/0,6 ml | 10 amp.-strz.po 0,6 ml | 05909990836932 |
| 356 | Nadroparinum calcicum | Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 15200 j.m. AXa/0,8 ml | 10 amp.-strz.po 0,8 ml | 05909990837038 |
| 357 | Oxcarbazepinum | Karbagen, tabl. powl., 150 mg | 50 szt. | 05909990048809 |
| 358 | Oxcarbazepinum | Karbagen, tabl. powl., 300 mg | 50 szt. | 05909990048823 |
| 359 | Oxcarbazepinum | Karbagen, tabl. powl., 600 mg | 50 szt. | 05909990048854 |
| 360 | Oxcarbazepinum | Oxepilax, tabl., 300 mg | 50 szt. | 05909991057480 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 361 | Oxcarbazepinum | Oxepilax, tabl., 600 mg | 50 szt. | 05909991057497 |
| 362 | Oxcarbazepinum | Trileptal, tabl. powl., 300 mg | 50 szt. | 05909990825615 |
| 363 | Oxcarbazepinum | Trileptal, tabl. powl., 600 mg | 50 szt. | 05909990825714 |
| 364 | Oxcarbazepinum | Trileptal, zawiesina doustna, 60 mg/ml | 250 ml | 05909990747115 |
| 365 | Prednisolonum | Encortolon, tabl., 5 mg | 20 szt. | 05904374007946 |
| 366 | Prednisolonum | Predasol, tabl., 20 mg | 20 szt. | 05909991356712 |
| 367 | Prednisonum | Encorton, tabl., 1 mg | 20 szt. | 05909991289416 |
| 368 | Prednisonum | Encorton, tabl., 10 mg | 20 szt. | 05909990405312 |
| 369 | Prednisonum | Encorton, tabl., 20 mg | 20 szt. | 05909990405411 |
| 370 | Prednisonum | Encorton, tabl., 5 mg | 20 szt. | 05909990641185 |
| 371 | Prednisonum | Encorton, tabl., 5 mg | 100 szt. | 05909990641192 |
| 372 | Progesteronum | Cyclogest, glob. dopochwowe, 400 mg | 15 szt. | 05907594032521 |
| 373 | Progesteronum | Luteina 50, tabl. podjęzykowe, 50 mg | 30 szt. | 05906414002355 |
| 374 | Progesteronum | Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg | 30 szt. | 05909991076207 |
| 375 | Progesteronum | Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg | 60 szt. | 05909991103231 |
| 376 | Progesteronum | Luteina, tabl. dopochwowe, 200 mg | 30 szt. | 05909991076238 |
| 377 | Progesteronum | Luteina, tabl. dopochwowe, 50 mg | 30 szt. | 05909990569380 |
| 378 | Progesteronum | Utrogestan, kaps. dopochwowe, miękkie, 200 mg | 15 szt. | 05909991401450 |
| 379 | Salbutamolum | Aspulmo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 100 µg/dawkę | 1 poj.a 200 dawek (10 ml) | 05909990848065 |
| 380 | Salbutamolum | Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę | 200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochronny) | 05909991106928 |
| 381 | Salbutamolum | Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę | 200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochronny) | 05909991107826 |
| 382 | Salbutamolum | Salbutamol Hasco, syrop, 2 mg/5 ml | 1 but.po 100 ml | 05909990317516 |
| 383 | Salbutamolum | Ventolin, aerozol wziewny, zawiesina, 100 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 200 daw. | 05909990442010 |
| 384 | Salmeterolum | Asmetic, proszek do inhalacji , 50 µg/dawkę inh. | 1 inh.po 60 daw. | 05909991515713 |
| 385 | Salmeterolum | Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50 µg/dawkę inhalacyjną | 60 szt. | 05909991109424 |
| 386 | Salmeterolum | Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50 µg/dawkę inhalacyjną | 90 szt. | 05909991109431 |
| 387 | Salmeterolum | Pulmoterol, proszek do inhalacji w kapsułkach twardych, 50 µg/dawkę inh. | 120 szt. | 05909991206390 |
| 388 | Salmeterolum | Serevent Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 60 daw. | 05909990437825 |
| 389 | Salmeterolum | Serevent, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 25 µg/dawkę inhalacyjną | 1 szt. (1 szt.po 120 daw.) | 05909990623099 |
| 390 | Vaccinum influenzae inactivatum ex corticis antigeniis praeparatum (szczepionka przeciw grypie (antygen powierzchniowy), inaktywowana) | Influvac Tetra, zawiesina do wstrzykiwań w 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 | Axicabtagene ciloleucel | Yescarta, dyspersja do infuzji, 0,4 x 10^8 – 2 x 10^8 komórek | 1 worek po 68 ml | 05909991438487 |
| 2 | Budesonidum | Jorveza, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg | 90 szt. | 04032717994439 |
| 3 | Cannabidiolum | Epidyolex, roztwór doustny, 100 mg/ml | 1 but. 100 ml | 05055813900103 |
| 4 | Ivacaftorum + Tezacaftorum | Symkevi, tabl. powl., 150+100 mg | 28 szt. | 00351167136102 |
| 5 | Ivacaftorum + Tezacaftorum | Symkevi, tabl. powl., 75+50 mg | 28 szt. | 00351167144404 |
| 6 | Ivacaftorum + Tezacaftorum + Elexacaftorum | Kaftrio, tabl. powl., 75+50+100 mg | 56 szt. | 00351167143902 |
| 7 | Patiromer calcium | Veltassa, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 8,4 mg | 30 sasz. | 07640166811459 |
| 8 | Tisagenlecleucelum | Kymriah, dyspersja do infuzji, 1,2 x 10^6 – 6 x 10^8 komórek | 1 lub więcej worków infuzyjnych | 05909991384388 |

# F 2. Technologie lekowe o wysokim poziomie innowacyjności

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1 | Brexucabtagene autoleucel | Tecartus, dyspersja do infuzji, 0,4 x 10^8 – 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 | Onasemnogenum abeparvovecum | Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x $10^{13}$ vg/ml | 2 fiol. 8,3 ml | 05397227701083 |
| 15 | Onasemnogenum abeparvovecum | Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x $10^{13}$ vg/ml | 2 fiol. 5,5 ml + 1 fiol. 8,3 ml | 05397227701090 |
| 16 | Onasemnogenum abeparvovecum | Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x $10^{13}$ vg/ml | 1 fiol. 5,5 ml + 2 fiol. 8,3 ml | 05397227701106 |
| 17 | Onasemnogenum abeparvovecum | Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x $10^{13}$ vg/ml | 3 fiol. 8,3 ml | 05397227701113 |
| 18 | Onasemnogenum abeparvovecum | Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x $10^{13}$ vg/ml | 2 fiol. 5,5 ml + 2 fiol. 8,3 ml | 05397227701120 |
| 19 | Onasemnogenum abeparvovecum | Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x $10^{13}$ vg/ml | 1 fiol. 5,5 ml + 3 fiol. 8,3 ml | 05397227701137 |
| 20 | Onasemnogenum abeparvovecum | Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x $10^{13}$ vg/ml | 4 fiol. 8,3 ml | 05397227701144 |
| 21 | Onasemnogenum abeparvovecum | Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x $10^{13}$ vg/ml | 2 fiol. 5,5 ml + 3 fiol. 8,3 ml | 05397227701151 |
| 22 | Onasemnogenum abeparvovecum | Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x $10^{13}$ vg/ml | 1 fiol. 5,5 ml + 4 fiol. 8,3 ml | 05397227701168 |
| 23 | Onasemnogenum abeparvovecum | Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x $10^{13}$ vg/ml | 5 fiol. 8,3 ml | 05397227701175 |
| 24 | Onasemnogenum abeparvovecum | Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x $10^{13}$ vg/ml | 2 fiol. 5,5 ml + 4 fiol. 8,3 ml | 05397227701182 |
| 25 | Onasemnogenum abeparvovecum | Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x $10^{13}$ vg/ml | 1 fiol. 5,5 ml + 5 fiol. 8,3 ml | 05397227701199 |
| 26 | Onasemnogenum abeparvovecum | Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x $10^{13}$ vg/ml | 6 fiol. 8,3 ml | 05397227702820 |
| 27 | Onasemnogenum abeparvovecum | Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x $10^{13}$ vg/ml | 2 fiol. 5,5 ml + 5 fiol. 8,3 ml | 05397227702837 |
| 28 | Onasemnogenum abeparvovecum | Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x $10^{13}$ vg/ml | 1 fiol. 5,5 ml + 6 fiol. 8,3 ml | 05397227702844 |
| 29 | Onasemnogenum abeparvovecum | Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x $10^{13}$ vg/ml | 7 fiol. 8,3 ml | 05397227702851 |
| 30 | Onasemnogenum abeparvovecum | Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x $10^{13}$ vg/ml | 2 fiol. 5,5 ml + 6 fiol. 8,3 ml | 05397227702868 |
| 31 | Onasemnogenum abeparvovecum | Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x $10^{13}$ vg/ml | 1 fiol. 5,5 ml + 7 fiol. 8,3 ml | 05397227702875 |
| 32 | Onasemnogenum abeparvovecum | Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x $10^{13}$ vg/ml | 8 fiol. 8,3 ml | 05397227702882 |
| 33 | Onasemnogenum abeparvovecum | Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x $10^{13}$ vg/ml | 2 fiol. 5,5 ml + 7 fiol. 8,3 ml | 05397227702899 |
| 34 | Onasemnogenum abeparvovecum | Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x $10^{13}$ vg/ml | 1 fiol. 5,5 ml + 8 fiol. 8,3 ml | 05397227702905 |
| 35 | Onasemnogenum abeparvovecum | Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x $10^{13}$ vg/ml | 9 fiol. 8,3 ml | 05397227702912 |
| 36 | Pretomanidum | Dovprela, tabl., 200 mg | 26 szt. | 05901797711139 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 37 | Sacituzumabum govitecanum | Trodelvy, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 200 mg | 1 fiol. proszku | 05391507146816 |
| 38 | Satralizumabum | Enspryng, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg | 1 amp.-strzyk. | 07613326032322 |
| 39 | Selpercatinibum | Retsevmo, kaps. twarde, 40 mg | 56 szt. | 08586009570529 |
| 40 | Selpercatinibum | Retsevmo, kaps. twarde, 80 mg | 112 szt. | 08586009570536 |
| 41 | Tafasitamabum | Minjuvi, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 200 mg | 1 fiol. proszku | 09088885500694 |

G 1. Leki wytwarzane na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej albo takie, do których wytworzenia wykorzystano substancję czynną wytworzoną na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (art. 6 ust. 2a pkt 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych)

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1 | Acebutololum | Acebutolol Gedeon Richter, tabl. powl., 200 mg | 30 szt. | 05909990109920 |
| 2 | Aciclovirum | Heviran, tabl. powl., 200 mg | 30 szt. | 05909990840014 |
| 3 | Aciclovirum | Heviran, tabl. powl., 400 mg | 30 szt. | 05909990840113 |
| 4 | Aciclovirum | Heviran, tabl. powl., 800 mg | 30 szt. | 05909990840229 |
| 5 | Acidum folicum | Acidum folicum Richter, tabl., 15 mg | 30 szt. | 05909990109319 |
| 6 | Acidum folicum | Acidum folicum Richter, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990109210 |
| 7 | Allopurinolum | Allupol, tabl., 100 mg | 50 szt. | 05909990109418 |
| 8 | Allopurinolum | Allupol, tabl., 300 mg | 30 szt. | 05909991316228 |
| 9 | Amiodaroni hydrochloridum | Opacorden, tabl. powl., 200 mg | 60 szt. | 05909990086818 |
| 10 | Amlodipinum | Amlozek, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990799817 |
| 11 | Amlodipinum | Amlozek, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990799718 |
| 12 | Amoxicillinum | Amotaks DIS, tabl., 1 g | 16 szt. | 05909991043728 |
| 13 | Amoxicillinum | Amotaks Dis, tabl., 1 g | 20 szt. | 05909991089146 |
| 14 | Amoxicillinum | Amotaks DIS, tabl., 500 mg | 16 szt. | 05909991043520 |
| 15 | Amoxicillinum | Amotaks Dis, tabl., 500 mg | 20 szt. | 05909991089122 |
| 16 | Amoxicillinum | Amotaks DIS, tabl., 750 mg | 16 szt. | 05909991043629 |
| 17 | Amoxicillinum | Amotaks Dis, tabl., 750 mg | 20 szt. | 05909991089139 |
| 18 | Amoxicillinum | Amotaks, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml | 60 ml | 05909990794379 |
| 19 | Amoxicillinum | Amotaks, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml | 1 but.po 100 ml | 05909991298258 |
| 20 | Amoxicillinum | Amotaks, kaps. twarde, 500 mg | 16 szt. | 05909990691517 |
| 21 | Amoxicillinum | Amotaks, kaps. twarde, 500 mg | 20 szt. | 05909991089108 |
| 22 | Amoxicillinum | Amotaks, tabl., 1 g | 16 szt. | 05909990691319 |
| 23 | Amoxicillinum | Amotaks, tabl., 1 g | 20 szt. | 05909991089153 |
| 24 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml | 1 but. 140 ml | 05909990793587 |
| 25 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml | 35 ml | 05909990793594 |
| 26 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml | 1 but. 70 ml | 05909990793600 |
| 27 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Taromentin, tabl. powl., 500+125 mg | 21 szt. | 05909990430611 |
| 28 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Taromentin, tabl. powl., 500+125 mg | 14 szt. | 05909990430628 |
| 29 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Taromentin, tabl. powl., 875+125 mg | 21 szt. | 05904016012444 |
| 30 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Taromentin, tabl. powl., 875+125 mg | 14 szt. | 05909991087715 |
| 31 | Atorvastatinum | Atorvasterol, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909990077847 |
| 32 | Atorvastatinum | Atorvasterol, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909990077939 |
| 33 | Atorvastatinum | Atorvasterol, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 05909990078028 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 34 | Atorvastatinum | Atorvasterol, tabl. powl., 80 mg | 30 szt. | 05909991041298 |
| 35 | Azithromycinum | Azimycin, tabl. powl., 250 mg | 6 szt. | 05909991034412 |
| 36 | Azithromycinum | Azimycin, tabl. powl., 500 mg | 3 szt. | 05909991035518 |
| 37 | Azithromycinum | Azycyna, tabl. powl., 250 mg | 6 szt. | 05909991098421 |
| 38 | Azithromycinum | Azycyna, tabl. powl., 500 mg | 3 szt. | 05909991098520 |
| 39 | Buprenorphinum | Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0,2 mg | 60 szt. | 05909991235635 |
| 40 | Buprenorphinum | Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0,4 mg | 30 szt. | 05909991235642 |
| 41 | Candesartanum cilexetili + Amlodipinum | Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 10 mg | 30 szt. | 05906414002140 |
| 42 | Candesartanum cilexetili + Amlodipinum | Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 10 mg | 90 szt. | 05906414002171 |
| 43 | Candesartanum cilexetili + Amlodipinum | Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 5 mg | 30 szt. | 05906414002089 |
| 44 | Candesartanum cilexetili + Amlodipinum | Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 5 mg | 90 szt. | 05906414002119 |
| 45 | Candesartanum cilexetili + Amlodipinum | Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 10 mg | 30 szt. | 05906414002027 |
| 46 | Candesartanum cilexetili + Amlodipinum | Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 10 mg | 90 szt. | 05906414002058 |
| 47 | Candesartanum cilexetili + Amlodipinum | Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 5 mg | 30 szt. | 05906414001969 |
| 48 | Candesartanum cilexetili + Amlodipinum | Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 5 mg | 90 szt. | 05906414001990 |
| 49 | Carbamazepinum | Finlepsin 200 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 50 szt. | 05909991030315 |
| 50 | Carbamazepinum | Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg | 30 szt. | 05909991014216 |
| 51 | Carbamazepinum | Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg | 50 szt. | 05909991014223 |
| 52 | Carbamazepinum | Finlepsin, tabl., 200 mg | 50 szt. | 05909991014117 |
| 53 | Carvedilolum | Avedol, tabl. powl., 12,5 mg | 30 szt. | 05909990074099 |
| 54 | Carvedilolum | Avedol, tabl. powl., 25 mg | 30 szt. | 05909990074129 |
| 55 | Carvedilolum | Avedol, tabl. powl., 6,25 mg | 30 szt. | 05909990074051 |
| 56 | Cefuroximum | Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 mg | 26 ml | 05909990059515 |
| 57 | Cefuroximum | Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 250 mg | 17 ml | 05909990806812 |
| 58 | Cefuroximum | Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 500 mg | 17 ml | 05909990806911 |
| 59 | Cefuroximum | Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 750 mg | 17 ml | 05909990059416 |
| 60 | Cefuroximum | Bioracef, tabl. powl., 250 mg | 10 szt. | 05909990063840 |
| 61 | Cefuroximum | Bioracef, tabl. powl., 250 mg | 14 szt. | 05909990063857 |
| 62 | Cefuroximum | Bioracef, tabl. powl., 500 mg | 10 szt. | 05909990063697 |
| 63 | Cefuroximum | Bioracef, tabl. powl., 500 mg | 14 szt. | 05909990063703 |
| 64 | Cetirizini dihydrochloridum | Allertec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml | 1 butelka 10 ml | 05909991103811 |
| 65 | Cetirizini dihydrochloridum | Allertec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml | 1 butelka 20 ml | 05909991103835 |
| 66 | Cetirizini dihydrochloridum | Allertec, syrop, 5 mg/5 ml | 1 but.po 100 ml | 05909990851119 |
| 67 | Cetirizini dihydrochloridum | Allertec, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909990569441 |
| 68 | Ciprofloxacinum | Cipronex, tabl. powl., 250 mg | 10 szt. | 05909990308514 |
| 69 | Ciprofloxacinum | Cipronex, tabl. powl., 500 mg | 10 szt. | 05909990334964 |
| 70 | Clarithromycinum | Taclar, tabl. powl., 500 mg | 14 szt. | 05909991023416 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 71 | Clopidogrelum | Areplex, tabl. powl., 75 mg | 28 szt. | 05909991167011 |
| 72 | Cloxacillinum | Syntarpen, tabl. powl., 500 mg | 16 szt. | 05909990295715 |
| 73 | Cyanocobalaminum (vit. B12) | Vitaminum B12 WZF, roztwór do wstrzykiwań, 500 µg/ml | 5 amp.po 2 ml | 05909990244010 |
| 74 | Dexamethasonum | Pabi-Dexamethason, tabl., 1 mg | 20 szt. | 05904374007854 |
| 75 | Dexamethasonum | Pabi-Dexamethason, tabl., 20 mg | 20 szt. | 05900411007351 |
| 76 | Dexamethasonum | Pabi-Dexamethason, tabl., 4 mg | 20 szt. | 05900411007276 |
| 77 | Dexamethasonum | Pabi-Dexamethason, tabl., 500 µg | 20 szt. | 05904374007861 |
| 78 | Dexamethasonum | Pabi-Dexamethason, tabl., 8 mg | 20 szt. | 05900411007313 |
| 79 | Diazepamum | Relsed, mikrowlewka doodbytnicza, roztwór, 2 mg/ml | 5 mikrowlewek a 2,5 ml | 05909990751518 |
| 80 | Diazepamum | Relsed, mikrowlewka doodbytnicza, roztwór, 4 mg/ml | 5 mikrowlewek a 2,5 ml | 05909990751617 |
| 81 | Diclofenacum natricum | Majamil prolongatum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg | 20 szt. | 05909990033614 |
| 82 | Doxazosinum | Doxar, tabl., 1 mg | 30 szt. | 05909990484911 |
| 83 | Doxazosinum | Doxar, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909990485017 |
| 84 | Doxazosinum | Doxar, tabl., 4 mg | 120 szt. | 05908289660289 |
| 85 | Doxazosinum | Doxar, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909990485116 |
| 86 | Doxycyclinum | Doxycyclinum TZF, kaps. twarde, 100 mg | 10 szt. | 05909990072316 |
| 87 | Enalaprili maleas | Enarenal, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990015030 |
| 88 | Enalaprili maleas | Enarenal, tabl., 10 mg | 60 szt. | 05909990015054 |
| 89 | Enalaprili maleas | Enarenal, tabl., 20 mg | 60 szt. | 05909990020829 |
| 90 | Enalaprili maleas | Enarenal, tabl., 20 mg | 30 szt. | 05909990020836 |
| 91 | Enalaprili maleas | Enarenal, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990014934 |
| 92 | Enalaprili maleas | Enarenal, tabl., 5 mg | 60 szt. | 05909990014958 |
| 93 | Ezetimibum | Ezehron, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991347161 |
| 94 | Ezetimibum + Atorvastatinum | Mizetam, tabl., 10+10 mg | 30 szt. | 05909991421601 |
| 95 | Ezetimibum + Atorvastatinum | Mizetam, tabl., 10+20 mg | 30 szt. | 05909991421564 |
| 96 | Ezetimibum + Atorvastatinum | Mizetam, tabl., 10+40 mg | 30 szt. | 05909991421526 |
| 97 | Famotidinum | Famogast, tabl. powl., 40 mg | 60 szt. | 05909990014828 |
| 98 | Famotidinum | Famogast, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 05909990014835 |
| 99 | Fenofibratum | Grofibrat 200, kaps., 200 mg | 30 szt. | 05909990492114 |
| 100 | Fenofibratum | Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg | 30 szt. | 05907594032309 |
| 101 | Fenofibratum | Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg | 60 szt. | 05907594032408 |
| 102 | Fenofibratum | Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg | 90 szt. | 05907594032507 |
| 103 | Fenofibratum | Grofibrat S, tabl. powl., 160 mg | 60 szt. | 05907594031500 |
| 104 | Fenofibratum | Grofibrat S, tabl. powl., 160 mg | 90 szt. | 05907594031609 |
| 105 | Fenofibratum | Grofibrat S, tabl. powl., 160 mg | 30 szt. | 05909991212339 |
| 106 | Fenofibratum | Grofibrat S, tabl. powl., 215 mg | 60 szt. | 05907594031708 |
| 107 | Fenofibratum | Grofibrat S, tabl. powl., 215 mg | 90 szt. | 05907594031807 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 108 | Fenofibratum | Grofibrat S, tabl. powl., 215 mg | 30 szt. | 05909991201173 |
| 109 | Fenofibratum | Grofibrat, kaps., 100 mg | 50 szt. | 05909990109814 |
| 110 | Fluconazolum | Flucofast, kaps. twarde, 100 mg | 7 szt. | 05909990662371 |
| 111 | Fluconazolum | Flucofast, kaps. twarde, 100 mg | 28 szt. | 05909990662388 |
| 112 | Fluconazolum | Flucofast, kaps. twarde, 150 mg | 3 szt. | 05907529466339 |
| 113 | Fluconazolum | Flucofast, kaps. twarde, 200 mg | 7 szt. | 05909991283247 |
| 114 | Fluconazolum | Flucofast, kaps., 150 mg | 1 szt. | 05909990490615 |
| 115 | Fluconazolum | Flucofast, kaps., 50 mg | 7 szt. | 05909990490516 |
| 116 | Fluconazolum | Flucofast, kaps., 50 mg | 14 szt. | 05909990490523 |
| 117 | Fludrocortisonum | Cortineff, tabl., 100 µg | 20 szt. | 05904374007885 |
| 118 | Fluoxetinum | Fluoxetin Polpharma, kaps. twarde, 20 mg | 30 szt. | 05909990770311 |
| 119 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Salmex, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator (60 dawek) | 05909991034900 |
| 120 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Salmex, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator (60 dawek) | 05909991034924 |
| 121 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Salmex, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator (60 dawek) | 05909991034931 |
| 122 | Furazidinum | Furaginum Adamed, tabl., 50 mg | 30 szt. | 05909990357215 |
| 123 | Furazidinum | Furaginum Teva, tabl., 100 mg | 30 szt. | 05909991373238 |
| 124 | Furazidinum | Furaginum Teva, tabl., 50 mg | 30 szt. | 05909990988235 |
| 125 | Furazidinum | Furazek, tabl., 100 mg | 30 szt. | 05909991304102 |
| 126 | Furosemidum | Furosemidum Polpharma, tabl., 40 mg | 30 szt. | 05909990135028 |
| 127 | Glimepiridum | Glibetic 1 mg, tabl., 1 mg | 30 szt. | 05909991097615 |
| 128 | Glimepiridum | Glibetic 2 mg, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909991097516 |
| 129 | Glimepiridum | Glibetic 3 mg, tabl., 3 mg | 30 szt. | 05909991097417 |
| 130 | Glimepiridum | Glibetic 4 mg, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909991097318 |
| 131 | Glyceroli trinitras | Sustonit, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 6,5 mg | 30 szt. | 05909990183036 |
| 132 | Haloperidoli decanoas | Decaldol, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml | 5 amp.po 1 ml | 05909990077311 |
| 133 | Haloperidolum | Haloperidol WZF 0,2%, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml | 1 but.po 10 ml | 05909990969319 |
| 134 | Haloperidolum | Haloperidol WZF, tabl., 1 mg | 40 tabl. (2 blist.po 20 szt.) | 05909990104017 |
| 135 | Haloperidolum | Haloperidol WZF, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990722617 |
| 136 | Indapamidum | Indapen SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg | 30 szt. | 05909990665907 |
| 137 | Indapamidum | Indapen, tabl. powl., 2,5 mg | 20 szt. | 05909990863013 |
| 138 | Indapamidum | Indapres, tabl. powl., 2,5 mg | 30 szt. | 05909990223121 |
| 139 | Indapamidum | Indix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1,5 mg | 30 szt. | 05909991025014 |
| 140 | Ketoprofenum | Refastin, tabl. powl., 100 mg | 30 szt. | 05909990675593 |
| 141 | Levocetirizini dihydrochloridum | Contrahist, roztwór doustny, 0,5 mg/ml | 1 but.po 200 ml | 05909990904099 |
| 142 | Levocetirizini dihydrochloridum | Contrahist, tabl. powl., 5 mg | 56 szt. | 05906414000726 |
| 143 | Levocetirizini dihydrochloridum | Contrahist, tabl. powl., 5 mg | 84 szt. | 05906414000733 |
| 144 | Levocetirizini dihydrochloridum | Contrahist, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909990904129 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 145 | Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum | Lisiprol HCT, tabl., 10+12,5 mg | 30 szt. | 05909990708352 |
| 146 | Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum | Lisiprol HCT, tabl., 20+12,5 mg | 30 szt. | 05909990708369 |
| 147 | Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum | Lisiprol HCT, tabl., 20+25 mg | 28 szt. | 05909991167714 |
| 148 | Loperamidi hydrochloridum | Loperamid WZF, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909990038220 |
| 149 | Losartanum kalicum | Xartan, tabl. powl., 50 mg | 30 szt. | 05909990481118 |
| 150 | Lovastatinum | Lovasterol, tabl., 20 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990422159 |
| 151 | Metformini hydrochloridum | Metformax 500, tabl., 500 mg | 30 szt. | 05909990126316 |
| 152 | Metformini hydrochloridum | Metformax 500, tabl., 500 mg | 60 szt. | 05909990935253 |
| 153 | Metformini hydrochloridum | Metformax 850, tabl., 850 mg | 30 szt. | 05909990450718 |
| 154 | Metformini hydrochloridum | Metformax 850, tabl., 850 mg | 60 szt. | 05909990935260 |
| 155 | Metoprololi tartras | Metocard, tabl., 100 mg | 30 szt. | 05909990034529 |
| 156 | Metoprololi tartras | Metocard, tabl., 50 mg | 30 szt. | 05909990034420 |
| 157 | Mianserini hydrochloridum | Deprexolet, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909991120948 |
| 158 | Mianserini hydrochloridum | Deprexolet, tabl. powl., 10 mg | 90 szt. | 05909991120962 |
| 159 | Mianserini hydrochloridum | Deprexolet, tabl. powl., 30 mg | 30 szt. | 05909991121051 |
| 160 | Mianserini hydrochloridum | Deprexolet, tabl. powl., 60 mg | 30 szt. | 05909991379391 |
| 161 | Miconazoli nitras | Gyno-Femidazol, tabl. dopochwowe, 100 mg | 15 szt. | 05909990281312 |
| 162 | Montelukastum | Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg | 28 szt. | 05909990668144 |
| 163 | Montelukastum | Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg | 28 szt. | 05909990668120 |
| 164 | Montelukastum | Milukante, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990668137 |
| 165 | Morphini sulfas | Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml | 10 amp.po 1 ml | 05909990404919 |
| 166 | Morphini sulfas | Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml | 10 amp.po 1 ml | 05909990405015 |
| 167 | Naproxenum | Anapran EC, tabl. dojel., 250 mg | 60 szt. | 05909991054991 |
| 168 | Naproxenum | Anapran EC, tabl. dojel., 500 mg | 60 szt. | 05909991055066 |
| 169 | Naproxenum natricum | Anapran, tabl. powl., 275 mg | 20 szt. | 05909990615438 |
| 170 | Naproxenum natricum | Anapran, tabl. powl., 275 mg | 60 szt. | 05909990948536 |
| 171 | Naproxenum natricum | Anapran, tabl. powl., 550 mg | 20 szt. | 05909990624515 |
| 172 | Naproxenum natricum | Anapran, tabl. powl., 550 mg | 60 szt. | 05909990948543 |
| 173 | Nebivololum | Nebilenin, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909990689774 |
| 174 | Nebivololum | Nedal, tabl., 5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990642809 |
| 175 | Olanzapinum | Ranofren, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909990640287 |
| 176 | Olanzapinum | Zolafren, kaps. twarde, 10 mg | 30 szt. | 05909991064716 |
| 177 | Olanzapinum | Zolafren, kaps. twarde, 5 mg | 30 szt. | 05909991064518 |
| 178 | Olanzapinum | Zolafren, kaps. twarde, 7,5 mg | 30 szt. | 05909991064617 |
| 179 | Olanzapinum | Zolafren, tabl. powl., 10 mg | 120 szt. | 05906414000610 |
| 180 | Olanzapinum | Zolafren, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909990917013 |
| 181 | Olanzapinum | Zolafren, tabl. powl., 10 mg | 90 szt. | 05909991191184 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 182 | Olanzapinum | Zolafren, tabl. powl., 15 mg | 30 szt. | 05906414002737 |
| 183 | Olanzapinum | Zolafren, tabl. powl., 15 mg | 90 szt. | 05906414002744 |
| 184 | Olanzapinum | Zolafren, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05906414002751 |
| 185 | Olanzapinum | Zolafren, tabl. powl., 20 mg | 90 szt. | 05906414002768 |
| 186 | Olanzapinum | Zolafren, tabl. powl., 5 mg | 120 szt. | 05906414000603 |
| 187 | Olanzapinum | Zolafren, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909990916917 |
| 188 | Olanzapinum | Zolafren, tabl. powl., 5 mg | 90 szt. | 05909991191177 |
| 189 | Olanzapinum | Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 84 szt. | 05906414000665 |
| 190 | Olanzapinum | Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 112 szt. | 05906414000696 |
| 191 | Olanzapinum | Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 28 szt. | 05909990775682 |
| 192 | Olanzapinum | Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 84 szt. | 05906414000672 |
| 193 | Olanzapinum | Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 112 szt. | 05906414000702 |
| 194 | Olanzapinum | Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 28 szt. | 05909990775712 |
| 195 | Olanzapinum | Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg | 84 szt. | 05906414000689 |
| 196 | Olanzapinum | Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg | 112 szt. | 05906414000719 |
| 197 | Olanzapinum | Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg | 28 szt. | 05909990775729 |
| 198 | Olanzapinum | Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 84 szt. | 05906414000641 |
| 199 | Olanzapinum | Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 112 szt. | 05906414000658 |
| 200 | Olanzapinum | Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 28 szt. | 05909990775675 |
| 201 | Olanzapinum | Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 28 szt. | 05909990892129 |
| 202 | Olanzapinum | Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 56 szt. | 05909990892143 |
| 203 | Olanzapinum | Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 28 szt. | 05909990892150 |
| 204 | Olanzapinum | Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 56 szt. | 05909990892174 |
| 205 | Olanzapinum | Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg | 28 szt. | 05909990892303 |
| 206 | Olanzapinum | Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg | 56 szt. | 05909990892341 |
| 207 | Olanzapinum | Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 28 szt. | 05909990892082 |
| 208 | Olanzapinum | Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 56 szt. | 05909990892105 |
| 209 | Olanzapinum | Zolaxa, tabl. powl., 10 mg | 90 szt. | 05903060609709 |
| 210 | Olanzapinum | Zolaxa, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909991097011 |
| 211 | Olanzapinum | Zolaxa, tabl. powl., 15 mg | 90 szt. | 05903060609716 |
| 212 | Olanzapinum | Zolaxa, tabl. powl., 15 mg | 30 szt. | 05909990849581 |
| 213 | Olanzapinum | Zolaxa, tabl. powl., 20 mg | 90 szt. | 05903060609723 |
| 214 | Olanzapinum | Zolaxa, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909990849635 |
| 215 | Olanzapinum | Zolaxa, tabl. powl., 5 mg | 90 szt. | 05903060609693 |
| 216 | Olanzapinum | Zolaxa, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909991096816 |
| 217 | Phenytoinum | Phenytoinum WZF, tabl., 100 mg | 60 szt. | 05909990093519 |
| 218 | Phytomenadionum (vit. K1) | Vitacon, tabl. drażowane, 10 mg | 30 szt. | 05909990772810 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 219 | Prednisonum | Encorton, tabl., 1 mg | 20 szt. | 05909991289416 |
| 220 | Prednisonum | Encorton, tabl., 10 mg | 20 szt. | 05909990405312 |
| 221 | Prednisonum | Encorton, tabl., 20 mg | 20 szt. | 05909990405411 |
| 222 | Prednisonum | Encorton, tabl., 5 mg | 20 szt. | 05909990641185 |
| 223 | Prednisonum | Encorton, tabl., 5 mg | 100 szt. | 05909990641192 |
| 224 | Progesteronum | Luteina 50, tabl. podjęzykowe, 50 mg | 30 szt. | 05906414002355 |
| 225 | Progesteronum | Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg | 30 szt. | 05909991076207 |
| 226 | Progesteronum | Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg | 60 szt. | 05909991103231 |
| 227 | Progesteronum | Luteina, tabl. dopochwowe, 200 mg | 30 szt. | 05909991076238 |
| 228 | Progesteronum | Luteina, tabl. dopochwowe, 50 mg | 30 szt. | 05909990569380 |
| 229 | Propafenoni hydrochloridum | Polfenon, tabl. powl., 150 mg | 20 szt. | 05909990034123 |
| 230 | Propranololi hydrochloridum | Propranolol WZF, tabl., 10 mg | 50 szt. | 05909990112111 |
| 231 | Propranololi hydrochloridum | Propranolol WZF, tabl., 40 mg | 50 szt. | 05909990112210 |
| 232 | Quetiapinum | Pinexet 100 mg, tabl. powl., 100 mg | 60 szt. | 05909990788590 |
| 233 | Quetiapinum | Pinexet 200 mg, tabl. powl., 200 mg | 60 szt. | 05909990788651 |
| 234 | Quetiapinum | Pinexet 25 mg, tabl. powl., 25 mg | 30 szt. | 05909990788583 |
| 235 | Quetiapinum | Pinexet 300 mg, tabl. powl., 300 mg | 60 szt. | 05909990788675 |
| 236 | Ramiprilum | Polpril, kaps. twarde, 10 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990694655 |
| 237 | Ramiprilum | Polpril, kaps. twarde, 5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990694631 |
| 238 | Ramiprilum | Polpril, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909990924653 |
| 239 | Ramiprilum | Polpril, tabl., 2,5 mg | 28 szt. | 05909990924608 |
| 240 | Ramiprilum | Polpril, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909990924646 |
| 241 | Ramiprilum + Amlodipinum | Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+10 mg | 60 szt. | 05909991142728 |
| 242 | Ramiprilum + Amlodipinum | Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+10 mg | 30 szt. | 05909991142759 |
| 243 | Ramiprilum + Amlodipinum | Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+5 mg | 30 szt. | 05909991142636 |
| 244 | Ramiprilum + Amlodipinum | Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+5 mg | 60 szt. | 05909991142643 |
| 245 | Ramiprilum + Amlodipinum | Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+10 mg | 60 szt. | 05909991142674 |
| 246 | Ramiprilum + Amlodipinum | Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+10 mg | 30 szt. | 05909991142681 |
| 247 | Ramiprilum + Amlodipinum | Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+5 mg | 60 szt. | 05909991142513 |
| 248 | Ramiprilum + Amlodipinum | Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+5 mg | 30 szt. | 05909991142520 |
| 249 | Ramiprilum + Amlodipinum | Rimal, kaps. twarde, 10+10 mg | 30 szt. | 05903060611542 |
| 250 | Ramiprilum + Amlodipinum | Rimal, kaps. twarde, 10+5 mg | 30 szt. | 05903060611504 |
| 251 | Ramiprilum + Amlodipinum | Rimal, kaps. twarde, 5+10 mg | 30 szt. | 05903060611467 |
| 252 | Ramiprilum + Amlodipinum | Rimal, kaps. twarde, 5+5 mg | 30 szt. | 05903060611429 |
| 253 | Rifampicinum | Rifampicyna TZF, kaps. twarde, 150 mg | 100 szt. | 05909990085019 |
| 254 | Rifampicinum | Rifampicyna TZF, kaps. twarde, 300 mg | 100 szt. | 05909990084913 |
| 255 | Rifampicinum + Isoniazidum | Rifamazid, kaps. twarde, 150 + 100 mg | 100 szt. | 05909990086115 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 256 | Rifampicinum + Isoniazidum | Rifamazid, kaps. twarde, 300 + 150 mg | 100 szt. | 05909990086214 |
| 257 | Rosuvastatinum | Romazic, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909990919604 |
| 258 | Rosuvastatinum | Romazic, tabl. powl., 15 mg | 30 szt. | 05909991435950 |
| 259 | Rosuvastatinum | Romazic, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909990919659 |
| 260 | Rosuvastatinum | Romazic, tabl. powl., 30 mg | 30 szt. | 05909991435981 |
| 261 | Rosuvastatinum | Romazic, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 05909990919673 |
| 262 | Rosuvastatinum | Romazic, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909990919574 |
| 263 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990802623 |
| 264 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powl., 10 mg | 56 szt. | 05909990802647 |
| 265 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powl., 15 mg | 28 szt. | 05909991333959 |
| 266 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powl., 15 mg | 56 szt. | 05909991333973 |
| 267 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. | 05909990802685 |
| 268 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powl., 20 mg | 56 szt. | 05909990802708 |
| 269 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powl., 30 mg | 28 szt. | 05909991334062 |
| 270 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powl., 30 mg | 56 szt. | 05909991334086 |
| 271 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. | 05909990802753 |
| 272 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powl., 40 mg | 56 szt. | 05909990802777 |
| 273 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909990802562 |
| 274 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powl., 5 mg | 56 szt. | 05909990802586 |
| 275 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Ezehron Duo, tabl., 10+10 mg | 28 szt. | 05906414003352 |
| 276 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Ezehron Duo, tabl., 10+10 mg | 56 szt. | 05906414003369 |
| 277 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Ezehron Duo, tabl., 5+10 mg | 28 szt. | 05906414003321 |
| 278 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Ezehron Duo, tabl., 5+10 mg | 56 szt. | 05906414003338 |
| 279 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Ezehron Duo, tabletki, 20+10 mg | 28 szt. | 05906414003383 |
| 280 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Ezehron Duo, tabletki, 20+10 mg | 56 szt. | 05906414003390 |
| 281 | Roxithromycinum | Rolicyn, tabl. powl., 100 mg | 10 szt. | 05909990847914 |
| 282 | Roxithromycinum | Rolicyn, tabl. powl., 150 mg | 10 szt. | 05909990848010 |
| 283 | Simvastatinum | Simvachol, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990941025 |
| 284 | Simvastatinum | Simvachol, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. | 05909990941124 |
| 285 | Simvastatinum | Simvasterol, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990927616 |
| 286 | Simvastatinum | Simvasterol, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. | 05909990927715 |
| 287 | Simvastatinum | Simvasterol, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. | 05909990927838 |
| 288 | Sitagliptinum | Sitagliptin Adamed, tabl. powl., 100 mg | 28 szt. | 05909991421137 |
| 289 | Sitagliptinum | Sitagliptin Adamed, tabl. powl., 50 mg | 28 szt. | 05909991420970 |
| 290 | Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum | Depepsit Met, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 100+1000 mg | 28 szt. | 05900411004657 |
| 291 | Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum | Depepsit Met, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 50+1000 mg | 56 szt. | 05900411003551 |
| 292 | Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum | Depepsit Met, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 50+500 mg | 56 szt. | 05900411002998 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 293 | Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum | Metformax SR Combi, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 50+1000 mg | 60 szt. | 05909991488659 |
| 294 | Solifenacini succinas | Afenix, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909991349325 |
| 295 | Solifenacini succinas | Afenix, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909991349226 |
| 296 | Spironolactonum | Spironol 100, tabl. powl., 100 mg | 20 szt. | 05909990673124 |
| 297 | Spironolactonum | Spironol, tabl. powl., 50 mg | 30 szt. | 05909991244651 |
| 298 | Spironolactonum | Spironol, tabl. powl., 50 mg | 60 szt. | 05909991244668 |
| 299 | Spironolactonum | Spironol, tabl., 25 mg | 20 szt. | 05909990110216 |
| 300 | Spironolactonum | Spironol, tabl., 25 mg | 100 szt. | 05909990110223 |
| 301 | Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum | Biseptol 120, tabl., 100+20 mg | 20 szt. | 05909990117529 |
| 302 | Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum | Biseptol 480, tabl., 400+80 mg | 20 szt. | 05909990117611 |
| 303 | Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum | Biseptol 960, tabl., 800+160 mg | 10 szt. | 05909990117710 |
| 304 | Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum | Biseptol, zawiesina doustna, 200+40 mg/5 ml | 1 but.po 100 ml | 05909990117819 |
| 305 | Tamsulosini hydrochloridum | Adatam XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg | 30 szt. | 05900411005883 |
| 306 | Tamsulosini hydrochloridum | Adatam XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg | 90 szt. | 05900411005906 |
| 307 | Telmisartanum + Amlodipinum | Telam, tabl., 40+10 mg | 28 szt. | 05903060616684 |
| 308 | Telmisartanum + Amlodipinum | Telam, tabl., 40+5 mg | 28 szt. | 05903060616660 |
| 309 | Telmisartanum + Amlodipinum | Telam, tabl., 80+10 mg | 28 szt. | 05903060616721 |
| 310 | Telmisartanum + Amlodipinum | Telam, tabl., 80+5 mg | 28 szt. | 05903060616707 |
| 311 | tert-Butylamini Perindoprilum | Vidotin, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909990653614 |
| 312 | tert-Butylamini Perindoprilum | Vidotin, tabl., 8 mg | 30 szt. | 05909990653621 |
| 313 | Tramadoli hydrochloridum | Poltram, kaps., 50 mg | 20 szt. | 05909990968718 |
| 314 | Tramadoli hydrochloridum | Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml | 1 but.po 10 ml | 05909990969012 |
| 315 | Tramadoli hydrochloridum | Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml | 1 but.po 96 ml | 05909990969029 |
| 316 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg | 20 szt. | 05909990840984 |
| 317 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg | 30 szt. | 05909990840991 |
| 318 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg | 60 szt. | 05909990841004 |
| 319 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum | Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg | 90 szt. | 05909990981472 |
| 320 | Tramadolum + Paracetamolum | Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg | 20 szt. | 05909991283735 |
| 321 | Tramadolum + Paracetamolum | Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg | 30 szt. | 05909991283742 |
| 322 | Tramadolum + Paracetamolum | Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg | 60 szt. | 05909991283759 |
| 323 | Tramadolum + Paracetamolum | Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg | 90 szt. | 05909991283766 |
| 324 | Valsartanum | Valzek, tabl., 160 mg | 28 szt. | 05909991202330 |
| 325 | Valsartanum | Valzek, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05909991202286 |
| 326 | Valsartanum | Vanatex, tabl. powl., 160 mg | 28 szt. | 05909990827480 |
| 327 | Valsartanum | Vanatex, tabl. powl., 80 mg | 28 szt. | 05909990827459 |
| 328 | Verapamilum | Staveran 120, tabl. powl., 120 mg | 20 szt. | 05909990045419 |
| 329 | Verapamilum | Staveran 40, tabl. powl., 40 mg | 20 szt. | 05909990045211 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 330 | Verapamilum | Staveran 80, tabl. powl., 80 mg | 20 szt. | 05909990045310 |
| 331 | 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 | Polhumin Mix - 2, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909991022921 |
| 14 | Insulinum humanum | Polhumin Mix - 3, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909991023027 |
| 15 | Insulinum humanum | Polhumin Mix - 4, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909991023126 |
| 16 | Insulinum humanum | Polhumin Mix - 5, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909991023324 |
| 17 | Insulinum humanum | Polhumin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909991022525 |
| 18 | Insulinum humanum | Polhumin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909991022822 |
| 19 | Sitagliptinum | Sigletic, tabl. powl., 100 mg | 28 szt. | 05909991424558 |
| 20 | Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum | Metsigletic, tabl. powl., 50+1000 mg | 56 szt. | 05909991451172 |
| 21 | Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum | Metsigletic, tabl. powl., 50+850 mg | 56 szt. | 05909991451042 |
| 22 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Vanatex HCT, tabl. powl., 160+12,5 mg | 28 szt. | 05909990862375 |
| 23 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Vanatex HCT, tabl. powl., 160+25 mg | 28 szt. | 05909990862399 |
| 24 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Vanatex HCT, tabl. powl., 80+12,5 mg | 28 szt. | 05909990862351 |