DZIENNIK URZĘDOWY
MINISTRA ZDROWIA

Warszawa, dnia 18 lutego 2021 r.

Poz. 12

Podpisany przez ukasz Szmulski
Data: 2021.02.18 17:55:50 +01:00
Rodzaj: Publikacja w dzienniku urzdowym.
Miejsce: Polska

OBWIESZCZENIE
MINISTRA ZDROWIA[1)]

z dnia 18 lutego 2021 r.

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

Na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 357, 945, 1493, 1875 i 2401 oraz z 2021 r. poz. 159), ustala się na dzień 1 marca 2021 r. wykaz refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, stanowiący załącznik do obwieszczenia.

MINISTER ZDROWIA

[1)] Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 27 sierpnia 2020 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1470 i 1541).

[2)] Niniejsze obwieszczenie zawiera także leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne, które są objęte refundacją od dnia 1 marca 2018 r., od dnia 1 maja 2018 r., od dnia 1 lipca 2018 r., od dnia 1 września 2018 r., od dnia 1 listopada 2018 r., od dnia 1 stycznia 2019 r., od dnia 1 marca 2019 r., od dnia 1 maja 2019 r., od dnia 1 lipca 2019 r., od dnia 1 września 2019 r., od dnia 1 listopada 2019 r. od dnia 1 stycznia 2020 r., od dnia 1 marca 2020 r., od dnia 1 września 2020 r., od dnia 1 listopada 2020 r. oraz od dnia 1 stycznia 2021 r. na okres obowiązywania decyzji o objęciu refundacją tych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

Załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 2021-02-18 (poz. 12)

Wykaz refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 2021-03-01

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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	8-Methoxypsoralenum	Oxsoralen, kaps. miękkie, 10 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990244713	2019-01-01	3 lata	52.0, Leki przeciwłuszczycowe do stosowania ogólnego - psoraleny - metoksalen	12,74	17,56	17,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,27
2	Acarbosum	Adeksa, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990893423	2019-05-01	3 lata	17.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory alfaglukozydazy - akarboza	13,28	18,23	18,23	Cukrzyca		30%	5,47
3	Acarbosum	Adeksa, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990893386	2019-05-01	3 lata	17.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory alfaglukozydazy - akarboza	7,45	10,41	9,12	Cukrzyca		30%	4,03
4	Acarbosum	Glucobay 100, tabl., 100 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990285518	2019-01-01	3 lata	17.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory alfaglukozydazy - akarboza	13,28	18,23	18,23	Cukrzyca		30%	5,47
5	Acarbosum	Glucobay 50, tabl., 50 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990285419	2019-01-01	3 lata	17.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory alfaglukozydazy - akarboza	7,45	10,41	9,12	Cukrzyca		30%	4,03
6	Acarbosum	Glucobay 50, tabl., 50 mg	90 szt. (6 blist.po 15 szt.)	05909990335541	2019-01-01	3 lata	17.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory alfaglukozydazy - akarboza	22,36	29,12	27,35	Cukrzyca		30%	9,98
7	Acebutololi hydrochloridum	Acebutolol Aurovitas, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05909991370916	2020-01-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,18	8,34	5,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,60
8	Acebutololi hydrochloridum	Acebutolol Aurovitas, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909991370954	2020-01-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	12,38	16,27	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,58

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
9	Acebutololum	Sectral 200, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05909990109920	2019-01-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,86	11,15	5,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,41
10	Acebutololum	Sectral 400, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909990110018	2019-01-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	16,52	20,61	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	11,92
11	Acenocoumarolum	Acenocumarol WZF, tabl., 4 mg	60 szt.	05909990055715	2019-01-01	3 lata	21.0, Leki przeciwzakrzepowe z grupy antagonistów witaminy K	8,32	11,86	11,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,12
12	Aciclovirum	Hascovir, tabl., 200 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909991049515	2019-01-01	3 lata	115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego	9,72	13,75	12,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,58
13	Aciclovirum	Hascovir, tabl., 400 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909991052218	2019-01-01	3 lata	115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego	16,20	22,57	22,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,29
14	Aciclovirum	Hascovir, tabl., 800 mg	30 szt.	05909990835782	2019-05-01	3 lata	115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego	32,40	42,60	42,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	21,30
15	Aciclovirum	Heviran, tabl. powl., 200 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990840014	2019-01-01	3 lata	115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego	11,52	15,64	12,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,47
16	Aciclovirum	Heviran, tabl. powl., 400 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990840113	2019-01-01	3 lata	115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego	21,03	27,64	24,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,29
17	Aciclovirum	Heviran, tabl. powl., 800 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990840229	2019-01-01	3 lata	115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego	38,87	49,39	49,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,70
18	Acidum alendronicum	Alendran 70, tabl., 70 mg	4 szt. (1 blist.po 4 szt.)	05909990072156	2019-01-01	3 lata	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	8,38	11,93	11,90	Osteoporoza		30%	3,60
19	Acidum alendronicum	Alendrogen, tabl., 70 mg	4 szt.	05909990623112	2019-01-01	3 lata	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	6,59	10,05	10,05	Osteoporoza		30%	3,02
20	Acidum alendronicum	Alendronat Bluefish, tabl., 70 mg	4 szt.	05909990737673	2019-09-01	3 lata	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	5,40	8,80	8,80	Osteoporoza		30%	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	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
21	Acidum alendronicum	Alendronic Acid Genoptim, tabl., 70 mg	4 szt. (1 blist.po 4 szt.)	05909990675302	2019-07-01	3 lata	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	5,94	9,37	9,37	Osteoporoza		30%	2,81
22	Acidum alendronicum	Ostemax 70 comfort, tabl., 70 mg	4 szt. (1 blist.po 4 szt.)	05909991081713	2019-01-01	3 lata	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	8,46	12,01	11,90	Osteoporoza		30%	3,68
23	Acidum alendronicum	Ostenil 70, tabl., 70 mg	4 szt. (1 blist.po 4 szt.)	05909991087418	2019-01-01	3 lata	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	8,59	12,15	11,90	Osteoporoza		30%	3,82
24	Acidum alendronicum	Ostenil 70, tabl., 70 mg	6 szt. (1 blist.po 6 szt.)	05909991087425	2019-01-01	3 lata	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	12,91	17,69	17,69	Osteoporoza		30%	5,31
25	Acidum alendronicum	Ostolek, tabl. powl., 70 mg	4 szt. (1 blist.po 4 szt.)	05909991032517	2019-01-01	3 lata	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	8,35	11,90	11,90	Osteoporoza		30%	3,57
26	Acidum folicum	Acidum folicum Richter, tabl., 15 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990109319	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-05-01/<2>2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	27.0, Kwas foliowy i pochodne - kwas foliowy	4,00	5,88	5,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1> choroby reumatyczne - u pacjentów leczonych metotreksatem; <2> łuszczyca - u pacjentów leczonych metotreksatem	ryczałt	5,88
27	Acidum folicum	Acidum folicum Richter, tabl., 5 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990109210	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-05-01/<2>2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	27.0, Kwas foliowy i pochodne - kwas foliowy	2,81	3,51	1,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1> choroby reumatyczne - u pacjentów leczonych metotreksatem; <2> łuszczyca - u pacjentów leczonych metotreksatem	ryczałt	3,51
28	Acidum mycophenolicum	Marelim, tabletki dojelitowe, 180 mg	120 tabl.	05909991227272	2017-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	98,28	115,90	97,98	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	21,12
29	Acidum mycophenolicum	Marelim, tabletki dojelitowe, 360 mg	120 tabl.	05909991227319	2017-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	206,28	233,30	195,96	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	40,54

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
30	Acidum tranexamicum	Exacyl, roztwór doustny, 1 g/10 ml	5 amp.po 10 ml	05909990036011	2019-01-01	3 lata	24.3, Leki antyfibrynolityczne - kwas traneksamowy do stosowania doustnego - postacie płynne	10,09	14,21	14,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,11
31	Acidum tranexamicum	Exacyl, tabl. powl., 500 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	05909990035915	2019-01-01	3 lata	24.2, Leki antyfibrynolityczne - kwas traneksamowy do stosowania doustnego - postacie stałe	10,80	15,11	15,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,56
32	Acidum tranexamicum	Tranexamic acid Accord, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	5 amp.po 5 ml	05909991313692	2018-05-01	3 lata	24.1, Leki antyfibrynolityczne - kwas traneksamowy do stosowania pozajelitowego	7,29	10,44	10,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,22
33	Acidum ursodeoxycholicum	Proursan, kaps., 250 mg	90 szt.	05909991203924	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	245.0, Leki stosowane w chorobach dróg żółciowych i wątroby – kwas ursodeoksycholowy	80,89	95,76	77,26	Zaburzenia czynności wątroby i dróg żółciowych związane z mukowiscydozą; Pierwotna żółciowa marskość wątroby w początkowym stadium choroby	cholestaza ciężarnych	30%	41,68
34	Acidum ursodeoxycholicum	Ursocam, tabl., 250 mg	100 szt.	05909990414741	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	245.0, Leki stosowane w chorobach dróg żółciowych i wątroby – kwas ursodeoksycholowy	68,01	82,94	82,94	Pierwotna żółciowa marskość wątroby w początkowym stadium choroby	cholestaza ciężarnych	30%	24,88
35	Acidum ursodeoxycholicum	Ursocam, tabl., 250 mg	90 szt.	05909991314675	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	245.0, Leki stosowane w chorobach dróg żółciowych i wątroby – kwas ursodeoksycholowy	61,13	75,03	75,03	Pierwotna żółciowa marskość wątroby w początkowym stadium choroby	cholestaza ciężarnych	30%	22,51
36	Acidum ursodeoxycholicum	Ursopol, kaps. twarde, 300 mg	50 szt.	05909990798223	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	245.0, Leki stosowane w chorobach dróg żółciowych i wątroby – kwas ursodeoksycholowy	39,96	50,68	50,68	Pierwotna żółciowa marskość wątroby w początkowym stadium choroby	cholestaza ciężarnych	30%	15,20
37	Acidum ursodeoxycholicum	Ursoxyn, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909991325794	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	245.0, Leki stosowane w chorobach dróg żółciowych i wątroby – kwas ursodeoksycholowy	66,96	81,84	81,84	Zaburzenia czynności wątroby i dróg żółciowych związane z mukowiscydozą; Pierwotna żółciowa marskość wątroby w początkowym stadium choroby	cholestaza ciężarnych	30%	24,55

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
38	Acidum ursodeoxycholicum	Ursoxyn, kaps. twarde, 250 mg	50 szt.	05909991325770	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	245.0, Leki stosowane w chorobach dróg żółciowych i wątroby – kwas ursodeoksycholowy	33,48	42,92	42,92	Zaburzenia czynności wątroby i dróg żółciowych związane z mukowiscydozą; Pierwotna żółciowa marskość wątroby w początkowym stadium choroby	cholestaza ciężarnych	30%	12,88
39	Acidum valproicum	Convulex, kaps. miękkie, 500 mg	100 szt.	05909990023813	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu	34,78	44,49	44,49	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,56
40	Acidum valproicum	Convulex, kaps. miękkie, 500 mg	100 szt.	05909990023813	2019-01-01	3 lata	161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu	34,78	44,49	44,49	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
41	Acidum valproicum	Convulex 150, kaps. miękkie, 150 mg	100 szt.	05909990244317	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu	14,04	18,43	13,35	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	8,28
42	Acidum valproicum	Convulex 150, kaps. miękkie, 150 mg	100 szt.	05909990244317	2019-01-01	3 lata	161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu	14,04	18,43	13,35	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	5,08
43	Acidum valproicum	Convulex 300, kaps. miękkie, 300 mg	100 szt.	05909990244416	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu	20,94	27,78	26,69	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	4,29
44	Acidum valproicum	Convulex 300, kaps. miękkie, 300 mg	100 szt.	05909990244416	2019-01-01	3 lata	161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu	20,94	27,78	26,69	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,09

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
45	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 300, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 87+200 mg	30 szt. (blist.)	05909990694327	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	12,26	16,49	13,64	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	6,05
46	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 300, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 87+200 mg	30 szt. (blist.)	05909990694327	2019-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	12,26	16,49	13,64	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	2,85
47	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt.	05909991210328	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	15,61	21,43	21,43	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20
48	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt.	05909991210328	2019-05-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	15,61	21,43	21,43	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
49	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt.	05909991229610	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	15,93	21,77	21,77	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20
50	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt.	05909991229610	2019-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	15,93	21,77	21,77	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
51	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt. (blist.)	05909990694426	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	16,85	22,73	22,73	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
52	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt. (blist.)	05909990694426	2019-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	16,85	22,73	22,73	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
53	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 100, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 29,03+66,66 mg	30 sasz.po 303 mg	05909990425693	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	5,02	6,69	4,55	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	5,34
54	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 100, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 29,03+66,66 mg	30 sasz.po 303 mg	05909990425693	2019-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	5,02	6,69	4,55	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	2,14
55	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 1000, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 290,27+666,60 mg	30 sasz.po 3030 mg	05909990425754	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	42,23	52,15	45,46	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	9,89
56	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 1000, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 290,27+666,60 mg	30 sasz.po 3030 mg	05909990425754	2019-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	42,23	52,15	45,46	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	6,69
57	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 250, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 72,61+166,76 mg	30 sasz.po 758 mg	05909990425709	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	12,56	16,34	11,37	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	8,17
58	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 250, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 72,61+166,76 mg	30 sasz.po 758 mg	05909990425709	2019-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	12,56	16,34	11,37	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	4,97

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
59	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 500, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 145,14+333,30 mg	30 sasz.po 1515 mg	05909990425730	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	21,11	27,21	22,73	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	7,68
60	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 500, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 145,14+333,30 mg	30 sasz.po 1515 mg	05909990425730	2019-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	21,11	27,21	22,73	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	4,48
61	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 750, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 217,75+500,06 mg	30 sasz.po 2273 mg	05909990425747	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	31,59	39,65	34,10	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	8,75
62	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 750, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 217,75+500,06 mg	30 sasz.po 2273 mg	05909990425747	2019-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	31,59	39,65	34,10	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	5,55
63	Acidum valproicum + Natrii valproas	ValproLEK 300, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 87+200 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990619658	<1>2019-01-01/<2>2019-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	9,40	13,49	13,49	<1>Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20
64	Acidum valproicum + Natrii valproas	ValproLEK 300, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 87+200 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990619658	<1>2019-01-01/<2>2019-03-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	9,40	13,49	13,49	<2>Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
65	Acidum valproicum + Natrii valproas	ValproLEK 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990619672	<1>2019-01-01/<2>2019-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	15,93	21,77	21,77	<1>Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
66	Acidum valproicum + Natrii valproas	ValproLEK 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990619672	<1>2019-01-01/<2>2019-03-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	15,93	21,77	21,77	<2>Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
67	Acidum zoledronicum	Desinobon, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fiol.po 5 ml	05909991009250	2018-07-01	3 lata	146.3, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas zoledronowy	97,20	115,38	101,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	16,65
68	Acidum zoledronicum	Fayton, roztwór do infuzji, 4 mg/100 ml	1 fiol.po 100 ml	05909991078577	2018-07-01	3 lata	146.3, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas zoledronowy	91,80	109,71	101,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,98
69	Acidum zoledronicum	Fayton, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fiol.po 5 ml	05909991016197	2018-07-01	3 lata	146.3, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas zoledronowy	91,80	109,71	101,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,98
70	Acidum zoledronicum	Osporil, roztwór do infuzji, 4 mg/100 ml	1 fiol.po 100 ml	05909991228392	2018-05-01	3 lata	146.3, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas zoledronowy	98,28	116,51	101,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	17,78
71	Acidum zoledronicum	Zerlinda, roztwór do infuzji, 4 mg/100 ml	1 worek po 100 ml	05909991103163	2020-09-01	3 lata	146.3, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas zoledronowy	94,82	112,89	101,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	14,16
72	Acidum zoledronicum	Zoledronic acid Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fiol. (5 ml)	05055565711958	2019-01-01	3 lata	146.3, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas zoledronowy	83,16	100,64	100,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
73	Acidum zoledronicum	Zoledronic acid Actavis, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fiol.po 5 ml	05909990975730	2018-05-01	3 lata	146.3, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas zoledronowy	91,80	109,71	101,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,98
74	Acidum zoledronicum	Zoledronic acid Actavis, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	4 fiol. (5 ml)	05909990975747	2018-07-01	3 lata	146.3, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas zoledronowy	367,20	407,70	407,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
75	Acidum zoledronicum	Zomikos, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fiol.po 5 ml	05909990948994	2018-07-01	3 lata	146.3, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas zoledronowy	95,04	113,11	101,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	14,38

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
76	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 10 mg	100 szt.	05909990907755	2019-09-01	3 lata	53.0, Leki przeciwłuszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna	138,24	160,91	160,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
77	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 10 mg	30 szt.	05909990907731	2019-09-01	3 lata	53.0, Leki przeciwłuszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna	43,20	54,21	49,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,29
78	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 25 mg	100 szt.	05909990907786	2019-09-01	3 lata	53.0, Leki przeciwłuszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna	345,60	384,45	384,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,62
79	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 25 mg	30 szt.	05909990907762	2019-09-01	3 lata	53.0, Leki przeciwłuszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna	103,68	122,80	122,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
80	Acitretinum	Neotigason, kaps., 10 mg	100 szt.	05909990697021	2019-01-01	3 lata	53.0, Leki przeciwłuszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna	139,32	162,05	162,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
81	Acitretinum	Neotigason, kaps., 10 mg	30 szt.	05909990854462	2018-01-01	5 lat	53.0, Leki przeciwłuszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna	43,20	54,21	49,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,29
82	Acitretinum	Neotigason, kaps., 25 mg	100 szt.	05909990696925	2019-01-01	3 lata	53.0, Leki przeciwłuszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna	348,30	387,29	387,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,62
83	Adrenalinum	Adrenalina WZF, roztwór do wstrzykiwań, 300 µg/0,3 ml	1 amp.-strz.po 1 ml	05909991069711	2019-07-01	3 lata	32.1, Leki stosowane doraźnie w nagłych przypadkach anafilaksji - leki adrenergiczne i dopaminergiczne - epinefryna - do podawania pozajelitowego	44,28	55,64	55,64	Leczenie doraźne w nagłych przypadkach ostrych reakcji alergicznych (anafilaksji), wywołanych przez pokarmy, leki, ukąszenia i użądlenia owadów oraz inne alergeny, jak również w przypadku anafilaksji samoistnej		50%	27,82
84	Adrenalinum	Adrenalina WZF 0,1%, roztwór do wstrzykiwań, 1 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990182510	2019-01-01	3 lata	32.0, Leki pobudzające czynność serca - leki adrenergiczne i dopaminergiczne - epinefryna - do podawania pozajelitowego	14,15	19,33	19,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
85	Agomelatinum	Agolek, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	05909991388768	2019-07-01	2 lata	225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna	51,84	64,12	61,25	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii		30%	21,25
86	Agomelatinum	Agomelatine +pharma, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05901720140494	2019-07-01	2 lata	225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna	52,92	65,63	65,63	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii		30%	19,69

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
87	Agomelatinum	Agomelatine +pharma, tabl. powl., 25 mg	90 szt.	05901720140418	2020-09-01	3 lata	225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna	157,68	182,23	182,23	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii		30%	54,67
88	Agomelatinum	Agomelatine Adamed, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	05909991387266	2019-07-01	2 lata	225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna	52,92	65,26	61,25	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii		30%	22,39
89	Agomelatinum	Agomelatine G.L. Pharma, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	09008732009293	2020-03-01	2 lata	225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna	48,60	60,72	60,72	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii		30%	18,22
90	Agomelatinum	Agomelatine NeuroPharma, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	05909991395018	2019-07-01	2 lata	225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna	51,84	64,12	61,25	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii		30%	21,25
91	Agomelatinum	Agomelatyna Egis, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	05995327174952	2019-09-01	2 lata	225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna	51,30	63,56	61,25	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii		30%	20,69
92	Agomelatinum	Lamegom, tabl. powl., 25 mg	28 tabl.	03838989699352	2019-05-01	2 lata	225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna	52,92	65,26	61,25	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii		30%	22,39
93	Agomelatinum	Sedival, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	05909991419172	2020-09-01	3 lata	225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna	49,68	61,85	61,25	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii		30%	18,98
94	Agomelatinum	Symago, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	05909991391423	2019-07-01	2 lata	225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna	50,76	62,99	61,25	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii		30%	20,12
95	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	2019-01-01	3 lata	214.1, Alergeny kurzu domowego	357,39	403,81	403,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	19,41
96	Alergeny pyłków roślin	Allergovit, zawiesina do wstrzykiwań, stężenie B - 10000 TU/ml	1 fiol.po 3 ml (stężenie B) + 10 strz. + 10 igieł	05909990001323	2019-01-01	3 lata	214.4, Alergeny pyłków roślin - produkty do leczenia podtrzymującego	285,00	317,38	243,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	77,24
97	Alergeny pyłków roślin	Allergovit, zawiesina do wstrzykiwań, stężenie: A - 1000 TU/ml; B- 10000 TU/ml	2 fiol.po 3 ml (stężenie A i B) + 10 strz. + 10 igieł	05909990001316	2019-01-01	3 lata	214.4, Alergeny pyłków roślin - produkty do leczenia podtrzymującego	289,58	322,19	243,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	82,05

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
98	Alergeny pyłków roślin	Purethal, zawiesina do wstrzykiwań, 20000 AUM/ml	1 fiol.po 3 ml + 8 strz. z igłą	05909990975310	2019-01-01	3 lata	214.4, Alergeny pyłków roślin - produkty do leczenia podtrzymującego	214,49	243,34	243,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
99	Alergeny pyłków roślin	Purethal, zawiesina do wstrzykiwań, 20000 AUM/ml	1 fiol.po 3 ml + 8 strz. z igłą	05909990975419	2019-01-01	3 lata	214.4, Alergeny pyłków roślin - produkty do leczenia podtrzymującego	214,49	243,34	243,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
100	Alfacalcidolum	Alfadiol, kaps. miękkie, 0.25 µg	100 szt. (2 blist.po 50 szt.)	05909990296828	2019-01-01	3 lata	18.1, Witamina D i jej analogi - alfakalcydol	8,53	10,44	4,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,84
101	Alfacalcidolum	Alfadiol, kaps. miękkie, 1 µg	100 szt. (2 blist.po 50 szt.)	05909990296927	2019-01-01	3 lata	18.1, Witamina D i jej analogi - alfakalcydol	14,04	19,19	19,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,67
102	Alfuzosini hydrochloridum	Dalfaz Uno, tabl. o przedł. uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909991288457	2020-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	12,85	19,77	19,77	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	4,27
103	Alfuzosini hydrochloridum	Dalfaz Uno, tabl. o przedł. uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909991392055	2019-11-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	12,91	19,84	19,84	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	4,27
104	Alfuzosinum	Alfabax, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990746576	2019-05-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	18,14	25,33	25,33	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	4,27
105	Alfuzosinum	Alfurion, tabl. o przedł. uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909991291945	2017-03-01	5 lat	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	13,50	20,46	20,46	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	4,27
106	Alfuzosinum	Alfuzostad 10 mg, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990619580	2019-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	19,71	26,98	26,98	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	4,27
107	Alfuzosinum	Alugen 10 mg, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909990037933	2019-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	19,39	26,64	26,64	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	4,27

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
108	Alfuzosinum	Dalfaz SR 5, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	20 szt.	05909990812714	2019-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,17	12,65	9,91	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	5,94
109	Alfuzosinum	Dalfaz Uno, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909990837816	2019-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	28,94	36,67	29,72	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,22
110	Allopurinolum	Allupol, tabl., 100 mg	50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	05909990109418	2019-01-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	5,72	8,35	8,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
111	Allopurinolum	Allupol, tabletki, 300 mg	30 tabl.	05909991316228	2017-07-01	5 lat	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	10,58	14,83	14,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
112	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 100 mg	100 szt.	05907626706529	2021-03-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	11,02	15,54	15,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
113	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 100 mg	50 szt.	05907626706505	2021-03-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	5,51	8,14	8,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
114	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 300 mg	100 szt.	05907626706628	2021-03-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	33,05	42,75	42,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,00
115	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 300 mg	30 szt	05907626706604	2021-03-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	9,91	14,13	14,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
116	Allopurinolum	Milurit, tabl., 100 mg	50 szt. (1 opak.po 50 szt.)	05909990163212	2019-01-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	5,88	8,52	8,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
117	Allopurinolum	Milurit, tabl., 300 mg	30 szt. (1 opak.po 30 szt.)	05909990414819	2019-01-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	10,69	14,94	14,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
118	Amantadinum	Viregyt-K, kaps., 100 mg	50 szt.	05909990320912	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	169.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - amantadyna	14,90	20,28	20,28	Choroba i zespół Parkinsona	dyskineza późna u osób dorosłych - leczenie	30%	6,08
119	Ambenonium	Mytelase, tabl., 10 mg	50 szt	05909990030927	2019-01-01	3 lata	189.0, Leki parasympatykomimetyczne - ambemonium	15,07	20,48	20,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,14

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
120	Amiloridum + Hydrochlorothiazidum	Tialorid, tabl., 5+50 mg	50 tabl.	05909990206025	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	5,59	8,59	8,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; <2>moczówka nerkopochodna	30%	2,58
121	Amiloridum + Hydrochlorothiazidum	Tialorid mite, tabl., 2,5+25 mg	50 tabl.	05909990373819	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	5,19	6,92	5,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; <2>moczówka nerkopochodna	30%	3,33
122	Amiodaronum	Opacorden, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990086818	2019-01-01	3 lata	31.0, Leki przeciwarytmiczne klasy III - amiodaron	17,63	23,71	23,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,40
123	Amisulpridum	Amipryd, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991412876	2020-11-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	23,33	30,74	28,23	Schizofrenia		ryczałt	5,71
124	Amisulpridum	Amipryd, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991412883	2020-11-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	46,66	58,46	56,47	Schizofrenia		ryczałt	5,19
125	Amisulpridum	Amipryd, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991412906	2020-11-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	93,31	111,45	111,45	Schizofrenia		ryczałt	3,20
126	Amisulpridum	Amisan, tabl., 200 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990762965	2019-01-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	44,17	55,85	55,85	Schizofrenia		ryczałt	3,20
127	Amisulpridum	Amisan, tabl., 400 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990762996	2019-01-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	94,72	112,93	112,93	Schizofrenia		ryczałt	3,20
128	Amisulpridum	Amisan, tabl., 400 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990763009	2019-01-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	192,13	219,21	219,21	Schizofrenia		ryczałt	6,40
129	Amisulpridum	Amisan , tabl., 200 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990762972	2018-09-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	94,72	112,93	112,93	Schizofrenia		ryczałt	3,20
130	Amisulpridum	Amisan , tabl., 50 mg	60 szt. (5 blist.po 12)	05909990762880	2019-03-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	23,76	31,18	28,23	Schizofrenia		ryczałt	6,15
131	Amisulpridum	ApoSuprid, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991348557	2019-09-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	46,76	58,57	56,47	Schizofrenia		ryczałt	5,30
132	Amisulpridum	ApoSuprid, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909991348649	2019-09-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	93,53	111,69	111,69	Schizofrenia		ryczałt	3,20
133	Amisulpridum	Solian, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990840816	2019-03-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	23,76	31,18	28,23	Schizofrenia		ryczałt	6,15

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
134	Amisulpridum	Solian, tabl., 200 mg	30 szt.	05909990840915	2019-01-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	47,52	59,37	56,47	Schizofrenia		ryczałt	6,10
135	Amisulpridum	Solian, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909990841011	2019-01-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	95,04	113,26	112,93	Schizofrenia		ryczałt	3,53
136	Amisulpridum	Symamis, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991410773	2020-03-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	46,71	58,52	56,47	Schizofrenia		ryczałt	5,25
137	Amisulpridum	Symamis, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991410803	2020-03-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	93,42	111,56	111,56	Schizofrenia		ryczałt	3,20
138	Amitriptilinum	Amitriptylinum VP, tabl. powl., 10 mg	60 szt. (2 blist.po 30 szt.)	05909991049010	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	183.0, Leki przeciwdepresyjne - trójpierścieniowe	5,94	6,62	1,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	neuralgia; ból neuropatyczny	30%	5,76
139	Amitriptilinum	Amitriptylinum VP, tabl. powl., 10 mg	60 szt. (2 blist.po 30 szt.)	05909991049010	2019-01-01	3 lata	183.0, Leki przeciwdepresyjne - trójpierścieniowe	5,94	6,62	1,23	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	5,39
140	Amitriptilinum	Amitriptylinum VP, tabl. powl., 25 mg	60 szt. (2 blist.po 30 szt.)	05909991048914	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	183.0, Leki przeciwdepresyjne - trójpierścieniowe	9,72	11,17	3,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	neuralgia; ból neuropatyczny	30%	9,01
141	Amitriptilinum	Amitriptylinum VP, tabl. powl., 25 mg	60 szt. (2 blist.po 30 szt.)	05909991048914	2019-01-01	3 lata	183.0, Leki przeciwdepresyjne - trójpierścieniowe	9,72	11,17	3,09	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	8,08
142	Amlodipini besilas	Amlodipine Aurovitas, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991322885	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,94	9,89	9,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,97
143	Amlodipini besilas	Amlodipine Aurovitas, tabl., 5 mg	30 tabl.	05909991322816	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	3,02	5,29	5,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	1,59

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
144	Amlodipinum	Adipine, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990642267	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	8,62	12,70	12,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,81
145	Amlodipinum	Adipine, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990642311	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,12	7,49	7,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,25
146	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991230845	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	7,29	11,30	11,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,39
147	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991226909	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	7,95	12,00	12,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,60
148	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt. lub 2 blist.po 15 szt.)	05909991099022	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	10,89	15,08	14,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,59
149	Amlodipinum	Agen 10, tabletki, 10 mg	30 tabl.	05909991302184	2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	7,94	11,99	11,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,60
150	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991226916	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	15,90	22,43	22,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	6,73

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
151	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt. lub 4 blist.po 15 szt.)	05909991067540	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	17,06	23,64	23,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	7,09
152	Amlodipinum	Agen 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991231811	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	3,83	6,13	6,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	1,84
153	Amlodipinum	Agen 5, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt. lub 2 blist.po 15 szt.)	05909991098926	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,50	7,89	7,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,65
154	Amlodipinum	Agen 5, tabletki, 5 mg	30 tabl.	05909991295226	2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	4,29	6,61	6,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	1,98
155	Amlodipinum	Agen 5, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991295233	2017-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	8,53	12,61	12,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,78
156	Amlodipinum	Agen 5, tabl., 5 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt. lub 4 blist.po 15 szt.)	05909991067533	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	8,53	12,61	12,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,78
157	Amlodipinum	Aldan, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991008734	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	10,69	14,87	14,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,46
158	Amlodipinum	Aldan, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991008635	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,51	7,90	7,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,66

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
159	Amlodipinum	Alneta, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991068073	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	10,69	14,87	14,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,46
160	Amlodipinum	Alneta, tabl., 10 mg	60 tabl.	05909991068097	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	19,98	26,71	26,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	8,01
161	Amlodipinum	Alneta, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991067977	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,35	7,73	7,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,49
162	Amlodipinum	Alneta, tabl., 5 mg	60 tabl.	05909991067991	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	9,99	14,14	14,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,24
163	Amlodipinum	Amlodipine Aurobindo, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990955008	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,86	9,80	9,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,94
164	Amlodipinum	Amlodipine Aurobindo, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990954254	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	3,00	5,26	5,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	1,58
165	Amlodipinum	Amlodipine Bluefish, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990800551	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,03	9,98	9,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,99

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
166	Amlodipinum	Amlodipine Bluefish, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990800469	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	3,01	5,27	5,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	1,58
167	Amlodipinum	Amlodipine Orion, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991392079	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,43	10,40	10,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,12
168	Amlodipinum	Amlodipine Orion, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991392062	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	3,24	5,51	5,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	1,65
169	Amlodipinum	Amlomyl, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990842698	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,91	10,91	10,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,27
170	Amlodipinum	Amlomyl, tabletki, 10 mg	30 tabl.	05909991362195	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,53	10,51	10,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,15
171	Amlodipinum	Amlomyl, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990842476	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	3,89	6,19	6,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	1,86
172	Amlodipinum	Amlonor, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990642625	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	10,37	14,54	14,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	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	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
173	Amlodipinum	Amlonor, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990642618	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,18	7,55	7,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,31
174	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991312343	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,16	9,98	9,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,99
175	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabletki, 10 mg	28 tabl.	05909991371784	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,40	9,18	9,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,75
176	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabletki, 10 mg	28 tabl.	05909991361020	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2018-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,47	10,30	10,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,09
177	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909997213699	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	8,10	12,16	12,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,65
178	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990048977	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	12,42	16,69	14,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	6,20
179	Amlodipinum	Amlopin 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991312244	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	3,94	6,15	6,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	1,85

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
180	Amlodipinum	Amlopin 5 mg, tabletki, 5 mg	28 tabl.	05909991371708	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	3,78	5,98	5,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	1,79
181	Amlodipinum	Amlopin 5 mg, tabletki, 5 mg	28 tabl.	05909991361013	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2018-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	4,14	6,36	6,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	1,91
182	Amlodipinum	Amlopin 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991200732	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	4,20	6,52	6,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	1,96
183	Amlodipinum	Amlopin 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909997213675	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	4,21	6,53	6,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	1,96
184	Amlodipinum	Amlopin 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990048939	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,21	8,63	7,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,39
185	Amlodipinum	Amlozek, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990799817	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	14,85	19,25	14,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	8,76
186	Amlodipinum	Amlozek, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990799718	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	10,61	13,24	7,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	8,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
187	Amlodipinum	Apo-Amlo 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991236687	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	8,10	12,16	12,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,65
188	Amlodipinum	Apo-Amlo 10, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990565993	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	10,78	14,97	14,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,49
189	Amlodipinum	Apo-Amlo 5, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990565986	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,39	7,77	7,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,53
190	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990907519	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	9,72	13,86	13,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,16
191	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 2.5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990907311	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	4,10	5,39	3,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,77
192	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990907410	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	4,86	7,21	7,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,16
193	Amlodipinum	Finamlox, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990794461	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	10,10	14,26	14,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,28

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
194	Amlodipinum	Finamlox, tabl., 5 mg	30 tabl.	05909990794430	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	4,70	7,05	7,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,12
195	Amlodipinum	Normodipine, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990993116	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	8,53	12,61	12,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,78
196	Amlodipinum	Normodipine, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990993017	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	4,27	6,59	6,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	1,98
197	Amlodipinum	Tenox, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990963119	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	10,80	14,99	14,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,50
198	Amlodipinum	Tenox, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990963010	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,40	7,78	7,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,54
199	Amlodipinum	Tenox, tabl., 5 mg	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	05909990421824	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	16,20	21,74	21,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	6,52
200	Amlodipinum	Vilpin, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991283797	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,48	10,31	10,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,09

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
201	Amlodipinum	Vilpin, tabletki, 10 mg	28 tabl.	05909991312374	2017-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,48	10,31	10,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,09
202	Amlodipinum	Vilpin, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991042912	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	10,58	14,76	14,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,43
203	Amlodipinum	Vilpin, tabletki, 5 mg	28 tabl.	05909991312367	2017-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	3,94	6,15	6,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	1,85
204	Amlodipinum	Vilpin, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990621217	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,13	7,50	7,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,26
205	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabletki powlekane, 10+160 mg	28 szt.	05907626708288	2019-05-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,14	24,11	24,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,23
206	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabletki powlekane, 10+160 mg	56 szt.	05907626709384	2019-09-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	34,99	44,58	44,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,37
207	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabletki powlekane, 5+160 mg	28 szt.	05907626708257	2019-05-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,14	24,11	24,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,23
208	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabletki powlekane, 5+160 mg	56 szt.	05907626709377	2019-09-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	34,99	44,58	44,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,37
209	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabletki powlekane, 5+80 mg	28 szt.	05907626708226	2019-05-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,07	12,68	12,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,23
210	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabletki powlekane, 5+80 mg	56 szt.	05907626709360	2019-09-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,50	23,44	23,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,03

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
211	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtricom, tabl. powl., 10 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	03838989708610	2020-09-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,20	26,27	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,37
212	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtricom, tabl. powl., 10 + 160 + 25 mg	28 szt.	03838989708634	2020-09-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,20	26,27	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,37
213	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtricom, tabl. powl., 5 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	03838989708627	2020-09-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,20	26,27	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,37
214	Amoxicillinum	Amotaks, tabl., 1 g	16 szt. (2 blist.po 8 szt.)	05909990691319	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	11,79	15,99	13,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	5,35
215	Amoxicillinum	Amotaks, tabl., 1 g	20 szt.	05909991089153	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	12,93	17,71	17,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,61
216	Amoxicillinum	Amotaks, kaps. twarde, 500 mg	16 szt. (2 blist.po 8 szt.)	05909990691517	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	7,70	10,17	6,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	6,45
217	Amoxicillinum	Amotaks, kaps. twarde, 500 mg	20 szt.	05909991089108	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	6,06	8,83	8,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,38
218	Amoxicillinum	Amotaks, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	100 ml (65,3 g)	05909991298258	2017-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.2, Penicyliny półsyntetyczne doustne - płynne postacie farmaceutyczne	19,39	25,86	25,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,56
219	Amoxicillinum	Amotaks, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	60 ml (39,2 g)	05909990794379	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.2, Penicyliny półsyntetyczne doustne - płynne postacie farmaceutyczne	11,88	16,37	15,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	4,27

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
220	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 1 g	20 szt.	05909991089146	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	12,93	17,71	17,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,61
221	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 500 mg	20 szt.	05909991089122	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	6,06	8,83	8,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,38
222	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 750 mg	20 szt.	05909991089139	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	9,37	13,30	12,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,52
223	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 1 g	16 szt. (2 blist.po 8 szt.)	05909991043728	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	10,48	14,62	13,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,98
224	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 500 mg	16 szt. (2 blist.po 8 szt.)	05909991043520	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	5,78	8,15	6,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	4,43
225	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 750 mg	16 szt. (2 blist.po 8 szt.)	05909991043629	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	8,53	11,83	10,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	4,65
226	Amoxicillinum	Amoxicillin Aurovitas, tabl. do sporz. zaw. doustnej, 1000 mg	16 szt.	05909991373139	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	10,00	14,11	13,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,47

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
227	Amoxicillinum	Amoxicillin Aurovitas, tabl. do sporz. zaw. doustnej, 750 mg	16 szt.	05909991373061	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	7,50	10,75	10,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,57
228	Amoxicillinum	Hiconcil, kaps. twarde, 250 mg	16 szt.	05909990066018	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	2,92	4,12	3,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,86
229	Amoxicillinum	Hiconcil, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990083619	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.2, Penicyliny półsyntetyczne doustne - płynne postacie farmaceutyczne	8,64	12,57	12,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20
230	Amoxicillinum	Hiconcil, kaps. twarde, 500 mg	16 szt.	05909990066117	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	5,78	8,15	6,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	4,43
231	Amoxicillinum	Ospamox, tabl. powl., 1000 mg	16 szt.	05909990293322	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	9,72	13,82	13,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20
232	Amoxicillinum	Ospamox, tabl. powl., 500 mg	16 szt.	05909990293124	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	5,40	7,75	6,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	4,03
233	Amoxicillinum	Ospamox, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	1 but. 60 ml	05907626702361	2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.2, Penicyliny półsyntetyczne doustne - płynne postacie farmaceutyczne	11,61	16,09	15,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,99
234	Amoxicillinum	Ospamox, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990781874	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.2, Penicyliny półsyntetyczne doustne - płynne postacie farmaceutyczne	19,05	25,50	25,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
235	Amoxicillinum	Ospamox, tabl. powl., 750 mg	16 szt.	05909990293223	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	7,88	11,14	10,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,96
236	Amoxicillinum	Ospamox 1000 mg, tabl., 1000 mg	20 szt.	05909990778041	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	12,53	17,30	17,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20
237	Amoxicillinum	Ospamox 500 mg, tabl. powl., 500 mg	20 szt.	05909990788453	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	6,48	9,27	8,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,82
238	Amoxicillinum	Ospamox 750 mg, tabl. powl., 750 mg	20 szt.	05909990788477	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	9,72	13,67	12,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,89
239	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	140 ml (35 g)	05909990894833	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	22,68	29,40	25,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	16,42
240	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	35 ml (8,75 g)	05909990894819	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	8,42	10,89	6,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	7,65
241	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	70 ml (17,5 g)	05909990894826	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	15,12	19,44	12,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	12,95

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
242	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powl., 500+125 mg	14 szt. (2 blist.po 7 szt.)	05909990081912	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	13,72	18,36	15,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	10,85
243	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991322939	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	17,28	23,85	23,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	11,93
244	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991353940	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2018-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	17,28	23,85	23,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	11,93
245	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991250324	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	18,85	25,50	25,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	12,75
246	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05902023777837	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	18,85	25,50	25,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	12,75
247	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991243319	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	19,44	26,12	26,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	13,06
248	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt. (2 blist.po 7 szt.)	05909990411115	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	23,00	29,86	26,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	16,71

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
249	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg	20 szt.	05909991417871	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	28,19	36,69	36,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	18,35
250	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg	20 szt.	05909991012960	2018-03-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	32,40	41,11	37,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	22,33
251	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav QUICKTAB 1000 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej/tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 875+125 mg	14 szt. (7 blist.po 2 szt.)	05909990649747	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	21,44	28,39	28,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	14,20
252	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav QUICKTAB 625 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej/tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 500+125 mg	14 szt. (7 blist.po 2 szt.)	05909990646906	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	12,26	16,94	16,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	8,83
253	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amylan, tabl. powl., 500+125 mg	14 tabl.	05909991284220	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	11,02	15,52	15,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	8,01
254	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amylan, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991284237	2017-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	17,28	23,85	23,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	11,93
255	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, tabl. powl., 500+125 mg	14 szt.	05903060615922	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	11,65	16,18	15,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	8,67
256	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05903060615953	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	20,40	27,13	26,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	13,98

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
257	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 250+125 mg	21 szt. (3 blist.po 7 szt.)	05909990064120	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	10,26	14,02	11,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	8,39
258	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 500+125 mg	14 szt.	05909991424084	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	10,58	15,06	15,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	7,55
259	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 500+125 mg	14 szt.	05909997219684	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	11,99	16,54	15,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	9,03
260	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 500+125 mg	14 szt.	05909997199702	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	12,85	17,44	15,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	9,93
261	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 500+125 mg	14 szt. (2 blist.po 7 szt.)	05909990368235	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	13,39	18,01	15,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	10,50
262	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909997230740	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	19,66	26,35	26,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	13,20
263	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909997198385	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	20,95	27,71	26,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	14,56

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
264	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909997230542	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	20,95	27,71	26,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	14,56
265	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991209483	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	21,04	27,80	26,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	14,65
266	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909997217345	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	21,05	27,81	26,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	14,66
267	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991248949	2018-09-01 - dla kolumny 12, 2018-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	21,05	27,81	26,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	14,66
268	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt. (2 blist.po 7 szt.)	05909990717521	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	24,14	31,06	26,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	17,91
269	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg	20 szt.	05909991093990	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	29,03	37,57	37,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	18,79
270	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	100 ml	05909990614318	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	30,19	37,51	27,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	23,61

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
271	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	50 ml	05909990614288	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	19,05	23,70	13,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	16,75
272	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Co-amoxiclav Bluefish, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909990744848	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	19,17	25,84	25,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	12,92
273	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Hiconcil combi, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	70 ml (14 g)	05909991233846	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	9,77	13,82	12,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	7,33
274	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Hiconcil combi, tabl. powl., 500+125 mg	14 szt.	05909991233525	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	11,88	16,42	15,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	8,91
275	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Hiconcil combi, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991233624	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	20,79	27,54	26,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	14,39
276	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Polamoklav, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991392772	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	19,66	26,35	26,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	13,20
277	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991423513	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	18,04	24,65	24,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	12,33

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
278	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991042073	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	20,95	27,71	26,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	14,56
279	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powl., 875+125 mg	21 szt.	05909991423520	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	27,05	35,72	35,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	17,86
280	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powl., 875+125 mg	21 szt.	05909991042080	2018-09-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	30,62	39,47	39,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	19,75
281	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	140 ml (25,2 g)	05909990793587	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	22,66	29,38	25,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	16,40
282	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	35 ml (6,3 g)	05909990793594	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	8,41	10,87	6,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	7,63
283	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	70 ml (12,6 g)	05909990793600	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	15,11	19,43	12,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	12,94
284	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powl., 500+125 mg	14 szt. (2 blist.po 7 szt.)	05909990430628	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	13,34	17,96	15,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	10,45

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
285	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powl., 500+125 mg	21 szt. (3 blist.po 7 szt.)	05909990430611	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	19,87	26,02	22,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	14,75
286	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt. (2 blist.po 7 szt.)	05909991087715	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	23,00	29,86	26,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	16,71
287	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powl., 875+125 mg	21 szt.	05904016012444	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	30,60	39,45	39,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	19,73
288	Amoxicillinum trihydricum + Kalii clavulonas	Amoxicillin + Clavulanic Acid Aurovitas, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991395759	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	17,23	23,80	23,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	11,90
289	Anastrozolum	Anastrozol Bluefish, tabl. powl., 1 mg	28 szt.	05909990802432	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	40,28	51,11	51,11	Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii, Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	0,00
290	Anastrozolum	Anastrozol Teva, tabl. powl., 1 mg	28 szt.	05909991324315	2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	37,80	48,51	48,51	Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	0,00
291	Anastrozolum	Anastrozol Teva, tabl. powl., 1 mg	28 szt.	05909990082162	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	46,98	58,15	51,70	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	6,45

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
292	Anastrozolum	Apo-Nastrol, tabl. powl., 1 mg	28 szt.	05909990802050	<1>2019-05-01/<2>2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	48,44	59,68	51,70	<1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; <2>Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	7,98
293	Anastrozolum	Arimidex, tabl. powl., 1 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990756711	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	70,33	82,67	51,70	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	30,97
294	Anastrozolum	Atrozol, tabl. powl., 1 mg	28 szt. (1 poj.po 28 szt.)	05909991090029	<1>2019-01-01/<2>2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	47,52	58,72	51,70	<1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; <2>Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	7,02
295	Anastrozolum	Egistrozol, tabl. powl., 1 mg	28 tabl. (2 blist.po 14 szt.)	05909990082148	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	51,62	63,03	51,70	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	11,33
296	Apixabanum	Eliquis, tabl. powl., 2.5 mg	20 tabl.	05909990861040	2018-07-01	2 lata 10 miesięcy	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	91,29	103,52	40,17	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		30%	75,40
297	Aprepitantum	Aprepitant Accord, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991400576	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	8.0, Leki przeciwwymiotne - inne - aprepitant	64,80	79,34	79,34	Wczesne albo opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem cisplatyny w dawce >70 mg/m2 – profilaktyka	wczesne lub opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem doksorubicyny i cyklofosfamidu - profilaktyka	ryczałt	3,20
298	Aprepitantum	Aprepitant Mylan, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991352547	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	8.0, Leki przeciwwymiotne - inne - aprepitant	81,54	96,92	79,34	Wczesne albo opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem cisplatyny w dawce >70 mg/m2 – profilaktyka	wczesne lub opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem doksorubicyny i cyklofosfamidu - profilaktyka	ryczałt	20,78

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
299	Aprepitantum	Aprepitant Sandoz, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991360818	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	8.0, Leki przeciwwymiotne - inne - aprepitant	95,04	111,09	79,34	Wczesne albo opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem cisplatyny w dawce >70 mg/m2 – profilaktyka	wczesne lub opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem doksorubicyny i cyklofosfamidu - profilaktyka	ryczałt	34,95
300	Aprepitantum	Aprepitant Teva, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991383169	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	8.0, Leki przeciwwymiotne - inne - aprepitant	64,80	79,34	79,34	Wczesne albo opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem cisplatyny w dawce >70 mg/m2 – profilaktyka	wczesne lub opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem doksorubicyny i cyklofosfamidu - profilaktyka	ryczałt	3,20
301	Aprepitantum	Emend, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909990007387	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	8.0, Leki przeciwwymiotne - inne - aprepitant	64,80	79,34	79,34	Wczesne albo opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem cisplatyny w dawce >70 mg/m2 – profilaktyka	wczesne lub opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem doksorubicyny i cyklofosfamidu - profilaktyka	ryczałt	3,20
302	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	28 szt.	05909990002306	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	102,54	121,51	115,69	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	9,02
303	Aripiprazolum	Abilify, tabletki, 15 mg	56 tabl.	05909990002337	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	203,36	231,37	231,37	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	5,97
304	Aripiprazolum	Abilify, tabletki, 30 mg	56 tabl.	05909990002382	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	412,56	456,37	456,37	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	11,95
305	Aripiprazolum	Abilify Maintena, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	1 fiol. proszku + fiol. rozp.	05702157142200	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.12, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	1026,43	1117,19	1117,19	Schizofrenia u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia arypiprazolem w postaci doustnej, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego	zespół Tourette'a	bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
306	Aripiprazolum	Apiprax, tabletki, 15 mg	28 szt.	05909991279691	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	77,76	95,49	95,49	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
307	Aripiprazolum	Apra, tabl., 10 mg	28 szt.	05906414001068	2017-05-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	68,36	83,40	77,12	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	9,48
308	Aripiprazolum	Apra, tabl., 10 mg	56 szt.	05906414001730	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	138,56	161,11	154,25	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	10,84
309	Aripiprazolum	Apra, tabl., 10 mg	84 szt.	05906414001747	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	209,92	238,26	231,37	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	12,86
310	Aripiprazolum	Apra, tabl., 15 mg	28 szt.	05906414001075	2017-05-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	102,73	121,71	115,69	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	9,22
311	Aripiprazolum	Apra, tabl., 15 mg	56 szt.	05906414001754	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	208,71	236,99	231,37	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	11,59
312	Aripiprazolum	Apra, tabl., 15 mg	84 szt.	05906414001761	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	319,25	355,72	347,06	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	17,62
313	Aripiprazolum	Apra, tabl., 30 mg	28 szt.	05906414001082	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	206,28	234,43	231,37	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	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	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
314	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05906414001020	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	68,36	83,40	77,12	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	9,48
315	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	56 szt.	05906414001648	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	138,56	161,11	154,25	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	10,84
316	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	84 szt.	05906414001655	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	209,92	238,26	231,37	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	12,86
317	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05906414001037	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	102,73	121,71	115,69	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	9,22
318	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	56 szt.	05906414001662	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	208,71	236,99	231,37	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	11,59
319	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	84 szt.	05906414001679	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	319,25	355,72	347,06	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	17,62
320	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 30 mg	28 szt.	05906414001044	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	206,28	234,43	231,37	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	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	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
321	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 10 mg	56 szt.	05907529463284	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	138,24	160,77	154,25	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	10,50
322	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 15 mg	28 szt.	05907529463314	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	102,75	121,73	115,69	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	9,24
323	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 15 mg	56 szt.	05907529463338	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	208,44	236,70	231,37	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	11,30
324	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 30 mg	56 szt.	05907529463383	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	421,20	465,44	462,74	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	14,65
325	Aripiprazolum	Aribit ODT, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909991251475	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	102,75	121,73	115,69	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	9,24
326	Aripiprazolum	Aricogan, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991265526	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	78,30	96,06	96,06	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
327	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991232733	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	68,26	83,29	77,12	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	9,37

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
328	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991232832	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	102,70	121,68	115,69	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	9,19
329	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	30 szt.	05909991232849	2017-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	108,43	128,07	123,95	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	7,32
330	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991232856	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	208,66	236,93	231,37	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	11,53
331	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	60 szt.	05909991232863	2017-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	224,10	253,53	247,90	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	12,03
332	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	90 szt.	05909991232887	2017-03-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	333,72	371,49	371,49	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	9,60
333	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 30 mg	28 szt.	05909991232931	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	207,68	235,90	231,37	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	10,50
334	Aripiprazolum	Aripiprazole +pharma, tabl., 15 mg	30 szt.	05901720140241	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	108,00	127,62	123,95	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	6,87
335	Aripiprazolum	Aripiprazole Apotex, tabletki, 15 mg	28 tabl.	05909991339951	2018-09-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	101,30	120,21	115,69	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	7,72

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
336	Aripiprazolum	Aripiprazole Apotex, tabletki ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 tabl. w blistrach perforowanych	05909991270223	2018-09-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	101,30	120,21	115,69	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	7,72
337	Aripiprazolum	Aripiprazole Mylan Pharma, tabletki, 15 mg	28 tabl.	05902020926771	2017-07-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	116,42	136,09	115,69	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	23,60
338	Aripiprazolum	Aripiprazole Mylan Pharma, tabletki, 15 mg	56 tabl.	05902020926788	2017-07-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	232,85	262,33	231,37	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	36,93
339	Aripiprazolum	Aripiprazole NeuroPharma, tabletki, 10 mg	28 tabl.	05909991305598	2017-07-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	52,90	67,18	67,18	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
340	Aripiprazolum	Aripiprazole NeuroPharma, tabletki, 10 mg	56 tabl.	05909991305611	2017-07-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	105,81	126,72	126,72	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,98
341	Aripiprazolum	Aripiprazole NeuroPharma, tabletki, 15 mg	14 tabl.	05909991305642	2017-07-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	39,68	51,50	51,50	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
342	Aripiprazolum	Aripiprazole NeuroPharma, tabletki, 15 mg	28 tabl.	05909991305659	2017-07-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	79,36	97,17	97,17	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
343	Aripiprazolum	Aripiprazole NeuroPharma, tabletki, 15 mg	56 tabl.	05909991305673	2017-07-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	158,72	184,49	184,49	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	5,97

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
344	Aripiprazolum	Aripiprazole Orion, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991263850	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	69,55	86,87	86,87	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
345	Aripiprazolum	Aripiprazole Sandoz, tabl., 10 mg	28 szt.	05907626705690	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	69,50	84,60	77,12	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	10,68
346	Aripiprazolum	Aripiprazole Sandoz, tabl., 10 mg	56 szt.	05907626705713	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	145,80	168,71	154,25	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	18,44
347	Aripiprazolum	Aripiprazole Sandoz, tabl., 15 mg	28 szt.	05907626705836	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	107,46	126,67	115,69	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	14,18
348	Aripiprazolum	Aripiprazole Sandoz, tabl., 15 mg	56 szt.	05907626705850	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	223,56	252,58	231,37	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	27,18
349	Aripiprazolum	Aripiprazole STADA, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991251604	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	59,40	76,21	76,21	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
350	Aripiprazolum	Aripiprazole SymPhar, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991229634	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	105,30	124,41	115,69	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	11,92

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
351	Aripiprazolum	Aripiprazole Zentiva, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991221546	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	104,76	123,84	115,69	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	11,35
352	Aripiprazolum	Aripsan, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991259075	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	75,51	91,42	82,63	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	11,99
353	Aripiprazolum	Aripsan, tabl., 15 mg	30 szt.	05909991259143	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	117,26	137,34	123,95	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	16,59
354	Aripiprazolum	Aripsan, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991259013	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	75,51	91,42	82,63	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	11,99
355	Aripiprazolum	Arypiprazol Glenmark, tabl., 15 mg	28 szt.	05902020241447	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	104,76	123,84	115,69	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	11,35
356	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 10 mg	28 tabl.	05909991205225	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	70,20	85,33	77,12	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	11,41
357	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 10 mg	56 tabl.	05909991205256	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	146,88	169,84	154,25	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	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	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
358	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991385682	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	74,50	92,08	92,08	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
359	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991266202	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	74,52	92,09	92,09	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
360	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 15 mg	28 tabl.	05909991205324	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	103,12	122,12	115,69	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	9,63
361	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 15 mg	56 tabl.	05909991205355	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	206,24	234,39	231,37	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	8,99
362	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 30 mg	28 szt.	05909991205423	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	206,24	234,39	231,37	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	8,99
363	Aripiprazolum	Asduter, tabletki, 10 mg	28 szt.	05909991229696	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	69,12	84,20	77,12	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	10,28
364	Aripiprazolum	Asduter, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991229733	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	102,60	121,57	115,69	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	9,08

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
365	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991236946	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	101,68	120,60	115,69	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	8,11
366	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991236953	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	203,36	231,37	231,37	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	5,97
367	Aripiprazolum	Explemed Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909991237141	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	105,30	124,41	115,69	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	11,92
368	Atenololum	Atenolol Sanofi 25, tabl., 25 mg	60 szt.	05909990370610	2019-01-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	4,95	7,54	7,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
369	Atenololum	Atenolol Sanofi 50, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990011414	2019-01-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	4,95	7,54	7,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
370	Atomoxetinum	Atomoksetyna Medice, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	05909991412173	2020-11-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	52,38	65,82	65,82	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	3,20
371	Atomoxetinum	Atomoksetyna Medice, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991412241	2020-11-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	84,24	102,01	102,01	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	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
372	Atomoxetinum	Atomoxetine NeuroPharma, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05909991394738	2020-01-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	59,05	72,82	71,68	Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży.		ryczałt	4,34
373	Atomoxetinum	Atomoxetine NeuroPharma, kaps. twarde, 40 mg	28 szt.	05909991394776	2020-01-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	94,50	112,79	112,79	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
374	Atomoxetinum	Auroxetyn, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05909991393496	2019-09-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	61,42	75,31	71,68	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	6,83
375	Atomoxetinum	Auroxetyn, kaps. twarde, 40 mg	28 szt.	05909991393717	2019-09-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	98,28	116,75	114,69	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	5,26
376	Atomoxetinum	Konaten, kaps. twarde, 10 mg	28 szt.	05909991390938	2020-01-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	24,08	31,57	28,67	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	6,10

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
377	Atomoxetinum	Konaten, kaps. twarde, 18 mg	28 szt.	05909991390952	2020-01-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	43,34	54,56	51,61	Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży.		ryczałt	6,15
378	Atomoxetinum	Konaten, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05909991390976	2020-01-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	60,20	74,03	71,68	Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży.		ryczałt	5,55
379	Atomoxetinum	Konaten, kaps. twarde, 40 mg	28 szt.	05909991390990	2020-01-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	96,31	114,69	114,69	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
380	Atomoxetinum	Strattera, kaps. twarde, 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990568574	2019-01-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	201,52	217,89	28,67	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	192,42
381	Atomoxetinum	Strattera, kaps. twarde, 10 mg	7 szt. (1 blist.po 7 szt.)	05909990568550	2019-01-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	50,38	55,30	7,17	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	51,33

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
382	Atomoxetinum	Strattera, kaps. twarde, 18 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990568642	2019-01-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	201,52	220,65	51,61	Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży.		ryczałt	172,24
383	Atomoxetinum	Strattera, kaps. twarde, 18 mg	7 szt. (1 blist.po 7 szt.)	05909990568628	2019-01-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	50,38	56,68	12,90	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	46,98
384	Atomoxetinum	Strattera, kaps. twarde, 25 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990568680	2019-01-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	201,52	222,42	71,68	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	153,94
385	Atomoxetinum	Strattera, kaps. twarde, 25 mg	7 szt. (1 blist.po 7 szt.)	05909990568666	2019-01-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	50,38	57,56	17,92	Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży.		ryczałt	42,84
386	Atomoxetinum	Strattera, kaps. twarde, 40 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990568727	2019-01-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	201,52	225,16	114,69	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	113,67

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
387	Atomoxetinum	Strattera, kaps. twarde, 40 mg	7 szt. (1 blist.po 7 szt.)	05909990568703	2019-01-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	50,38	59,19	28,67	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	33,72
388	Atorvastatin	Atrox 10, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05907695215359	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,15	13,00	12,38	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%	4,33
389	Atorvastatin	Atrox 20, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05907695215366	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	18,30	24,58	24,58	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%	7,37
390	Atorvastatin	Atrox 40, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	05907695215373	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	36,59	46,71	46,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	14,01
391	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990787586	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,72	9,39	4,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,50

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
392	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990787609	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	14,47	17,61	8,25	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%	11,84
393	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990787647	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	26,30	31,69	16,50	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%	20,14
394	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990991815	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,83	9,50	4,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: 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
395	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 10 mg	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	05909990336647	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	23,44	28,00	12,38	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%	19,33
396	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990991914	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,80	13,77	8,25	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%	8,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
397	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909991013806	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	19,98	25,05	16,50	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%	13,50
398	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909990419173	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	32,40	39,38	24,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	22,06
399	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909990885282	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	14,36	18,47	12,38	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%	9,80
400	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 30 mg	60 tabl.	05909990885299	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	27,22	33,94	24,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	16,62
401	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990623464	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,38	26,52	16,50	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%	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	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
402	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	05909990623471	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	39,96	48,32	33,00	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%	25,22
403	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 40 mg	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	05909990623488	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	62,64	74,06	49,50	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%	39,41
404	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	05909990885336	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	32,40	39,38	24,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	22,06
405	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909990885374	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	43,20	51,72	33,00	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%	28,62
406	Atorvastatinum	Atorvagen, tabletki powlekane, 20 mg	28 tabl.	05909991385699	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,44	8,01	7,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	2,62

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
407	Atorvastatinum	Atorvagen, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990938926	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,80	9,57	8,25	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%	3,80
408	Atorvastatinum	Atorvagen, tabletki powlekane, 40 mg	28 tabl.	05909991385675	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,31	14,73	14,73	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,42
409	Atorvastatinum	Atorvagen, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990938995	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	13,61	18,36	16,50	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%	6,81
410	Atorvastatinum	Atorvastatin Aurovitas, tabletki powlekane, 20 mg	30 tabl.	05909991321611	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,72	8,43	8,25	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%	2,66
411	Atorvastatinum	Atorvastatin Aurovitas, tabletki powlekane, 20 mg	90 tabl.	05909991321659	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	17,17	23,39	23,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	7,02

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
412	Atorvastatinum	Atorvastatin Aurovitas, tabletki powlekane, 40 mg	30 tabl.	05909991321710	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,79	15,40	15,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,62
413	Atorvastatinum	Atorvastatin Aurovitas, tabletki powlekane, 40 mg	90 tabl.	05909991321758	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	32,37	42,28	42,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	12,68
414	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990887279	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,26	9,00	8,25	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%	3,23
415	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990887286	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	12,20	16,88	16,50	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%	5,33
416	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabletki powlekane, 10 mg	30 tabl.	05909991382896	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,92	4,35	4,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	1,46

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
417	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabletki powlekane, 20 mg	30 tabl.	05909991382902	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,83	8,55	8,25	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%	2,78
418	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	07311920002252	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	15,47	21,60	21,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,48
419	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909991382919	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,73	11,51	11,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	3,45
420	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabletki powlekane, 40 mg	30 tabl.	05909991382926	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,66	16,31	16,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,89
421	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	07311920002276	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	20,62	28,01	28,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	8,40

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
422	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	07311920002269	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	30,93	40,77	40,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	12,23
423	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	05909991382933	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	15,47	21,60	21,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,48
424	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909991382940	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	20,62	28,01	28,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	8,40
425	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990900053	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	3,24	4,68	4,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	1,79
426	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990899920	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,70	9,47	8,25	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%	3,70

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
427	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabletki powlekane, 20 mg	60 tabl.	05909990899951	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	12,10	16,78	16,50	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%	5,23
428	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabletki powlekane, 20 mg	90 tabl.	05909990899975	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	18,14	24,41	24,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	7,32
429	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990900275	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	13,39	18,13	16,50	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%	6,58
430	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabletki powlekane, 40 mg	60 tabl.	05909990900305	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	24,19	31,76	31,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,53
431	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabletki powlekane, 40 mg	90 tabl.	05909990900336	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	36,29	46,39	46,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	13,92

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
432	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909990900459	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	23,78	31,33	31,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,40
433	Atorvastatinum	Atorvastatin Vitama, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991200787	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,51	8,22	8,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	2,47
434	Atorvastatinum	Atorvastatin Vitama, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909991201050	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,31	14,90	14,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,47
435	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990077847	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,98	9,66	4,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,77
436	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990077939	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	15,97	19,20	8,25	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%	13,43

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
437	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990078028	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	31,96	37,63	16,50	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%	26,08
438	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909991041298	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	28,26	36,03	33,00	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%	12,93
439	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990573400	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,24	8,88	4,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: 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
440	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990573530	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	12,31	15,36	8,25	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%	9,59
441	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powl., 40 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990573547	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	22,68	27,88	16,50	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%	16,33

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
442	Atorvastatinum	Atractin, tabl. powl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990078141	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,68	7,24	4,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: 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
443	Atorvastatinum	Atractin, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990078264	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,23	14,22	8,25	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%	8,45
444	Atorvastatinum	Atractin, tabl. powl., 40 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990078356	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	22,46	27,65	16,50	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%	16,10
445	Atorvastatinum	Atrox, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909991011383	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	32,83	40,83	33,00	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%	17,73
446	Atorvastatinum	Atrox 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991124618	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,65	9,32	4,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,43

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
447	Atorvastatinum	Atrox 10, tabl. powl., 10 mg	60 tabl.	05907695215137	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,34	9,09	8,25	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%	3,32
448	Atorvastatinum	Atrox 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991124717	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,94	14,97	8,25	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%	9,20
449	Atorvastatinum	Atrox 20, tabl. powl., 20 mg	60 tabl.	05907695215144	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	12,68	17,38	16,50	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%	5,83
450	Atorvastatinum	Atrox 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991124816	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	23,90	29,17	16,50	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%	17,62
451	Atorvastatinum	Atrox 40, tabl. powl., 40 mg	60 tabl.	05907695215151	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	25,36	32,99	32,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,90

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
452	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990905508	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,08	6,62	4,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	3,73
453	Atorvastatinum	Lambrinex, tabletki powlekane, 10 mg	60 tabl.	05909990905539	2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,80	9,57	8,25	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%	3,80
454	Atorvastatinum	Lambrinex, tabletki powlekane, 10 mg	90 tabl.	05909990905553	2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,10	14,00	12,38	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%	5,33
455	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990905638	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	8,49	11,34	8,25	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%	5,57
456	Atorvastatinum	Lambrinex, tabletki powlekane, 20 mg	60 tabl.	05909990905652	2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	13,48	18,22	16,50	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%	6,67

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
457	Atorvastatinum	Lambrinex, tabletki powlekane, 20 mg	90 tabl.	05909990905676	2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	19,82	26,17	24,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	8,85
458	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990905782	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	17,00	21,92	16,50	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%	10,37
459	Atorvastatinum	Lambrinex, tabletki powlekane, 40 mg	60 tabl.	05909990905805	2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	26,09	33,75	33,00	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%	10,65
460	Atorvastatinum	Lambrinex, tabletki powlekane, 40 mg	90 tabl.	05909990905867	2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	38,34	48,55	48,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	14,57
461	Atorvastatinum	Larus, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990078707	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,64	9,40	8,25	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%	3,63

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
462	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991042097	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,05	5,54	4,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	2,65
463	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991042103	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	8,10	10,94	8,25	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%	5,17
464	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909991042134	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	16,20	21,08	16,50	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%	9,53
465	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909991042141	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	31,32	39,25	33,00	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%	16,15
466	Atorvastatinum	Torvacard, tabl. powl., 80 mg	30 tabl.	05909990957071	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	39,59	47,93	33,00	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%	24,83

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
467	Atorvastatinum	Torvacard 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990338290	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,67	9,33	4,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,44
468	Atorvastatinum	Torvacard 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990338368	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,02	14,00	8,25	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%	8,23
469	Atorvastatinum	Torvacard 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990338436	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	19,48	24,53	16,50	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%	12,98
470	Atorvastatinum	Torvacard 40, tabl. powl., 40 mg	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	05909990338443	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	59,04	70,28	49,50	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%	35,63
471	Atorvastatinum	Torvalipin, tabl. powl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990053179	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,24	8,88	4,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: 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	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
472	Atorvastatinum	Torvalipin, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990053230	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,23	14,22	8,25	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%	8,45
473	Atorvastatinum	Torvalipin, tabl. powl., 40 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990053278	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	19,33	24,37	16,50	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%	12,82
474	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990998814	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,88	9,55	4,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,66
475	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 10 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990998821	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	15,77	18,99	8,25	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%	13,22
476	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 10 mg	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	05909990998838	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	23,22	27,77	12,38	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%	19,10

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
477	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990998913	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	12,31	15,36	8,25	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%	9,59
478	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 20 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990998920	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	22,68	27,88	16,50	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%	16,33
479	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 20 mg	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	05909990998937	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	33,70	40,75	24,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	23,43
480	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990810161	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	16,42	21,31	16,50	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%	9,76
481	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powl., 40 mg	60 tabl.	05909990810178	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	27,71	35,46	33,00	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%	12,36

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
482	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powl., 40 mg	90 tabl.	05909990810185	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	41,55	51,92	49,50	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%	17,27
483	Atorvastatinum	Tulip 80 mg, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909990810208	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	42,93	51,44	33,00	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%	28,34
484	Atorvastatinum calcicum trihydricum	Apo-Atorva, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909991403911	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,72	11,50	11,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	3,45
485	Atorvastatinum calcicum trihydricum	Apo-Atorva, tabl. powl., 30 mg	60 szt.	05909991403935	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	15,44	21,57	21,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,47
486	Atropini sulfas	Atropinum sulfuricum WZF 1%, krople do oczu, roztwór, 10 mg/ml	5 ml	05909990243112	2019-01-01	3 lata	226.0, Leki antycholinergiczne do stosowania do oczu	11,40	15,51	13,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,96

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
487	Azathioprinum	Azathioprine VIS, tabl., 50 mg	30 szt. (1 słoik po 30 szt.)	05909990232826	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-05-01/<3>2019-07-01/<4>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	140.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - azatiopryna	13,61	18,50	16,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nieswoiste zapalenie jelit inne niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; nefropatia IgA inna niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; zapalenie naczyń inne niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; <2>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; <3>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <4>sarkoidoza; śródmiąższowe zapalenie płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL - z wyjątkiem idiopatycznego włóknienia płuc; ziarniniakowe choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	5,42
488	Azathioprinum	Azathioprine VIS, tabl., 50 mg	30 szt. (1 słoik po 30 szt.)	05909990232826	2019-01-01	3 lata	140.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - azatiopryna	13,61	18,50	16,28	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,22
489	Azathioprinum	Azathioprine VIS, tabl., 50 mg	50 szt. (1 słoik po 50 szt.)	05909990232819	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-05-01/<3>2019-07-01/<4>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	140.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - azatiopryna	22,03	29,02	27,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nieswoiste zapalenie jelit inne niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; nefropatia IgA inna niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; zapalenie naczyń inne niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; <2>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; <3>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <4>sarkoidoza; śródmiąższowe zapalenie płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL - z wyjątkiem idiopatycznego włóknienia płuc; ziarniniakowe choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	5,09
490	Azathioprinum	Azathioprine VIS, tabl., 50 mg	50 szt. (1 słoik po 50 szt.)	05909990232819	2019-01-01	3 lata	140.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - azatiopryna	22,03	29,02	27,13	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,89
491	Azathioprinum	Imuran, tabl. powl., 50 mg	100 szt. (4 blist.po 25 szt.)	05909990277810	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-05-01/<3>2019-07-01/<4>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	140.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - azatiopryna	43,09	54,26	54,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nieswoiste zapalenie jelit inne niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; nefropatia IgA inna niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; zapalenie naczyń inne niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; <2>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; <3>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <4>sarkoidoza; śródmiąższowe zapalenie płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL - z wyjątkiem idiopatycznego włóknienia płuc; ziarniniakowe choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	3,56

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
492	Azathioprinum	Imuran, tabl. powl., 50 mg	100 szt. (4 blist.po 25 szt.)	05909990277810	2019-01-01	3 lata	140.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - azatiopryna	43,09	54,26	54,26	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
493	Azithromycinum	Azibiot, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909991054816	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,12	18,51	9,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	13,98
494	Azithromycinum	Azimycin, tabl. powl., 250 mg	6 szt.	05909991034412	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,36	21,91	9,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	17,38
495	Azithromycinum	Azimycin, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909991035518	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,25	13,39	9,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	8,86
496	Azithromycinum	Azithromycin Genoptim, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909990969876	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,53	9,49	9,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	4,96
497	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/5 ml	1 but.po 20 ml (400 mg)	05909990635320	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	14,04	17,08	7,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	13,41
498	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 20 ml (800 mg)	05909990635337	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	21,38	26,40	14,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	19,07
499	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 30 ml	05909990635344	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	24,84	31,25	22,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	20,25

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
500	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 37,5 ml (1500 mg)	05907626702682	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	31,32	38,84	27,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	25,09
501	Azithromycinum	AzitroLEK 250, tabl. powl., 250 mg	6 szt.	05909997214023	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,79	13,96	9,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	9,43
502	Azithromycinum	AzitroLEK 250, tabl. powl., 250 mg	6 szt.	05909997223537	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,34	14,54	9,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	10,01
503	Azithromycinum	AzitroLEK 250, tabl. powl., 250 mg	6 szt. (1 blist.po 6 szt.)	05909990573738	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,36	21,91	9,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	17,38
504	Azithromycinum	AzitroLEK 500, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909997214030	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,79	13,96	9,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	9,43
505	Azithromycinum	AzitroLEK 500, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909997223551	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,34	14,54	9,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	10,01
506	Azithromycinum	AzitroLEK 500, tabl. powl., 500 mg	3 szt. (1 blist.po 3 szt.)	05909990573752	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,12	18,51	9,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	13,98

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
507	Azithromycinum	Azitrox 500, tabl. powl., 500 mg	3 szt. (1 blist.po 3 szt.)	05909991087319	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,25	13,39	9,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	8,86
508	Azithromycinum	Azycyna, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	20 ml	05909990073566	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	16,68	21,46	14,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	14,13
509	Azithromycinum	Azycyna, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	30 ml	05909990073573	2018-03-01 - dla kolumny 12, 2017-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 5 lat - dla kolumny 13	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	19,76	25,92	22,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	14,92
510	Azithromycinum	Azycyna, tabl. powl., 250 mg	6 szt. (2 blist.po 3 szt.)	05909991098421	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,89	22,46	9,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	17,93
511	Azithromycinum	Azycyna, tabl. powl., 500 mg	3 szt. (1 blist.po 3 szt.)	05909991098520	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,25	13,39	9,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	8,86
512	Azithromycinum	Macromax, tabletki powlekane, 500 mg	3 tabl.	05909990713608	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,01	9,98	9,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	5,45
513	Azithromycinum	Nobaxin, tabl. powl., 500 mg	2 szt. (1 blist.po 2 szt.)	05909991108830	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	12,30	14,82	6,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	11,80

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
514	Azithromycinum	Sumamed, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990742110	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	14,04	17,08	7,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	13,41
515	Azithromycinum	Sumamed, tabl. powl., 125 mg	6 szt. (1 blist.po 6 szt.)	05909990846214	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	20,41	22,85	4,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	20,59
516	Azithromycinum	Sumamed, kaps. twarde, 250 mg	6 szt. (1 blist.po 6 szt.)	05909990742318	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	20,41	24,06	9,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	19,53
517	Azithromycinum	Sumamed, tabl. powl., 500 mg	2 szt.	05909990742424	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,09	18,79	6,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	15,77
518	Azithromycinum	Sumamed, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909990742417	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	20,41	24,06	9,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	19,53
519	Azithromycinum	Sumamed forte, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990742219	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	25,92	31,17	14,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	23,84
520	Azithromycinum	Sumamed forte, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 30 ml	05909990742226	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	34,56	41,46	22,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	30,46

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
521	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras + Glycopyrronii bromidum	Trimbow, aerozol inh., roztwór, 87+5+11 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. a 180 daw.	08025153008156	2019-09-01	2 lata	199.4, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami i lekami antycholinergicznymi	270,81	303,96	303,96	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%	91,19
522	Beclometasonum + Formoterolum	Fostex, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	poj.po 180 daw.	05909990054152	2019-01-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	157,68	180,80	156,28	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	29,32
523	Beclometasonum + Formoterolum	Fostex, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę	poj.po 180 daw.	05909991245696	2018-01-01	5 lat	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	157,68	180,82	154,74	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	30,88
524	Benazeprilum	Lotensin, tabl. powl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990118915	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,52	21,47	7,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	18,34
525	Benazeprilum	Lotensin, tabl. powl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990119011	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	26,46	31,31	14,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	25,06
526	Benazeprilum	Lotensin, tabl. powl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990118816	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,82	15,54	3,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	15,19
527	Betamethasoni dipropionas + Acidum salicylicum	Belosalic, płyn na skórę, 0,64 + 20 mg/g	1 butelka 100 ml	05909991187682	2019-05-01	2 lata	248.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - preparaty złożone	20,41	27,03	26,24	Leczenie łuszczycy owłosionej skóry głowy u dorosłych		50%	13,91
528	Betamethasoni dipropionas + Acidum salicylicum	Salbetan, roztwór na skórę, 0,64 + 20 mg/g	1 butelka 100 ml	05909991254995	2020-11-01	2 lata	248.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - preparaty złożone	19,66	26,24	26,24	Leczenie łuszczycy owłosionej skóry głowy u dorosłych		50%	13,12

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
529	Betamethasoni dipropionas + Acidum salicylicum	Salbetan, roztwór na skórę, 0,64 + 20 mg/g	1 butelka 50 ml	05909991254988	2020-11-01	2 lata	248.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - preparaty złożone	13,61	17,85	13,12	Leczenie łuszczycy owłosionej skóry głowy u dorosłych		50%	11,29
530	Betamethasoni dipropionas + Betamethasoni natrii phosphas	Diprophos, zawiesina do wstrzykiwań, 6,43+2,63 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990121625	2019-01-01	3 lata	81.1, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania pozajelitowego	54,00	66,87	66,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	33,44
531	Betaxololum	Betoptic S, krople do oczu, zawiesina, 2.5 mg/ml	10 ml	05909990186525	2019-01-01	3 lata	213.0, Leki przeciwjaskrowe - beta-adrenolityki do stosowania do oczu	20,43	24,02	9,66	Jaskra		30%	17,26
532	Betaxololum	Betoptic S, krople do oczu, zawiesina, 2.5 mg/ml	5 ml	05909990186518	2019-01-01	3 lata	213.0, Leki przeciwjaskrowe - beta-adrenolityki do stosowania do oczu	10,21	12,10	4,83	Jaskra		30%	8,72
533	Betaxololum	Optibetol 0,5%, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml	5 ml (but.)	05909990925513	2019-01-01	3 lata	213.0, Leki przeciwjaskrowe - beta-adrenolityki do stosowania do oczu	6,33	8,03	4,83	Jaskra		30%	4,65
534	Bimatoprostum	Bimakolan, krople do oczu, roztwór, 0.3 mg/ml	1 butelka 3 ml	05909991137403	2018-11-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	25,38	33,76	33,76	Jaskra		ryczałt	3,20
535	Bimatoprostum	Bimakolan, krople do oczu, roztwór, 0.3 mg/ml	3 butelki po 3 ml	05909991137397	2018-11-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	76,14	93,06	93,06	Jaskra		ryczałt	8,96
536	Bimatoprostum	Bimaroz, krople do oczu, roztwór, 0.3 mg/ml	1 butelka 3 ml	05909991105594	2017-07-01	5 lat	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,83	39,48	34,93	Jaskra		ryczałt	7,75
537	Bimatoprostum	Bimaroz, krople do oczu, roztwór, 0.3 mg/ml	3 butelki 3 ml	05909991105600	2017-07-01	5 lat	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	92,51	110,25	104,79	Jaskra		ryczałt	14,42

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
538	Bimatoprostum	Bimatoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 0.3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991285708	2017-05-01	5 lat	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,84	39,49	34,93	Jaskra		ryczałt	7,76
539	Bimatoprostum	Bimatoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 0.3 mg/ml	3 butelki po 3 ml	05907553017644	2017-07-01	5 lat	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	90,45	108,09	104,79	Jaskra		ryczałt	12,26
540	Bimatoprostum	Bimican, krople do oczu, roztwór, 0.3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991097066	2019-11-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	33,97	42,78	34,93	Jaskra		ryczałt	11,05
541	Bimatoprostum	Bimican, krople do oczu, roztwór, 0.3 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991097073	2019-11-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	101,90	120,11	104,79	Jaskra		ryczałt	24,28
542	Bimatoprostum	Bimifree, krople do oczu, roztwór, 0.3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991335663	2021-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,14	38,76	34,93	Jaskra		ryczałt	7,03
543	Bimatoprostum	Bimifree, krople do oczu, roztwór, 0.3 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991335670	2021-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	90,45	108,09	104,79	Jaskra		ryczałt	12,26
544	Bimatoprostum	Lumigan, krople do oczu, roztwór, 0.3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909990008469	2019-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,73	39,38	34,93	Jaskra		ryczałt	7,65

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
545	Bimatoprostum	Vizibim, krople do oczu, roztwór, 0.3 mg/ml	1 butelka 3 ml	05909991310769	2018-09-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,12	38,74	34,93	Jaskra		ryczałt	7,01
546	Bimatoprostum	Vizibim, krople do oczu, roztwór, 0.3 mg/ml	3 butelki po 3 ml	05909991310776	2018-09-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	90,36	107,99	104,79	Jaskra		ryczałt	12,16
547	Bimatoprostum + Timololum	Bimaroz Duo, krople do oczu, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991376772	2019-05-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,29	41,01	34,93	Jaskra		ryczałt	9,28
548	Bimatoprostum + Timololum	Bimaroz Duo, krople do oczu, 0,3+5 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991376789	2019-05-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	96,88	114,84	104,79	Jaskra		ryczałt	19,01
549	Bimatoprostum + Timololum	Bimifree Combi, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991422356	2020-09-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,27	40,99	34,93	Jaskra		ryczałt	9,26
550	Bimatoprostum + Timololum	Bimifree Combi, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991422363	2020-09-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	96,85	114,80	104,79	Jaskra		ryczałt	18,97
551	Bimatoprostum + Timololum	Ganfort, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909990574315	2019-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	43,15	52,42	34,93	Jaskra		ryczałt	20,69
552	Biperideni hydrochloridum	Akineton, tabl., 2 mg	50 szt.	05909991265762	2019-03-01	3 lata	167.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - biperiden	10,48	14,78	14,78	Choroba i zespół Parkinsona		30%	4,43

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
553	Biperidenum	Akineton, tabl., 2 mg	50 szt.	05909990503834	2019-07-01	3 lata	167.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - biperiden	10,64	14,94	14,94	Choroba i zespół Parkinsona		30%	4,48
554	Biperidenum	Akineton, tabl., 2 mg	50 szt.	05909991216405	2018-09-01	3 lata	167.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - biperiden	10,79	15,10	15,10	Choroba i zespół Parkinsona		30%	4,53
555	Biperidenum	Akineton, tabl., 2 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990193219	2019-01-01	3 lata	167.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - biperiden	10,80	15,11	15,10	Choroba i zespół Parkinsona		30%	4,54
556	Biperidenum	Akineton SR 4 mg, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990884216	2019-07-01	3 lata	167.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - biperiden	12,42	17,26	17,26	Choroba i zespół Parkinsona		30%	5,18
557	Bisoprololi fumaras	Bisoprolol Genoptim, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909991358075	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	13,61	19,48	19,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	6,40
558	Bisoprololi fumaras	Bisoprolol Genoptim, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909991357993	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,80	10,41	10,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
559	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991097523	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	9,40	13,14	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	4,45
560	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909991097554	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	18,79	24,92	23,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	7,54
561	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991097400	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	4,70	6,79	5,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	4,05

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
562	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909991097448	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	9,40	13,14	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	4,45
563	Bisoprololum	Bicardef 10 mg, tabl. powl., 10 mg	60 tabl.	05909991197049	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	14,33	20,25	20,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	6,40
564	Bisoprololum	Bicardef 10 mg, tabl. powl., 10 mg	90 tabl.	05909991197056	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	21,50	29,24	29,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	9,60
565	Bisoprololum	Bicardef 5 mg, tabl. powl., 5 mg	60 tabl.	05909991197070	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,16	10,79	10,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
566	Bisoprololum	Bicardef 5 mg, tabl. powl., 5 mg	90 tabl.	05909991197063	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	10,75	15,56	15,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	4,80
567	Bisoprololum	Bisoprolol VP, tabletki, 10 mg	30 tabl.	05909991152017	2017-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,91	10,53	10,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
568	Bisoprololum	Bisoprolol VP, tabletki, 5 mg	30 tabl.	05909991151911	2017-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	3,46	5,48	5,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
569	Bisoprololum	Bisoratio 10, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991015114	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,72	11,38	11,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
570	Bisoprololum	Bisoratio 5, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991015015	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	4,91	7,01	5,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	4,27
571	Bisoprololum	Corectin 10, tabl. powl., 10 mg	60 tabl.	05909991066529	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	13,98	19,87	19,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	6,40
572	Bisoprololum	Corectin 5, tabl. powl., 5 mg	60 tabl.	05909991066420	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,99	10,61	10,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
573	Bisoprololum	Coronal 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990633852	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,34	10,98	10,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
574	Bisoprololum	Coronal 10, tabl. powl., 10 mg	60 tabl.	05909990633869	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	14,84	20,77	20,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	6,40
575	Bisoprololum	Coronal 5, tabl. powl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990633791	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	4,37	6,44	5,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,70
576	Bisoprololum	Coronal 5, tabl. powl., 5 mg	60 tabl.	05909990633807	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,42	11,06	11,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
577	Brimonidini tartras	Biprolast, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990874194	2019-11-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	22,14	28,75	23,50	Jaskra		ryczałt	8,45
578	Brimonidini tartras	Biprolast, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	3 but.po 5 ml	05906414000900	2019-03-01	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	49,90	62,90	62,90	Jaskra		ryczałt	8,00
579	Brimonidini tartras	Briglau Free, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 butelka po 5 ml	05909991379483	2019-05-01	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	16,45	22,77	22,77	Jaskra		ryczałt	3,20
580	Brimonidini tartras	Briglau Free, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	3 butelki po 5 ml	05909991379490	2019-05-01	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	49,36	62,33	62,33	Jaskra		ryczałt	8,00
581	Brimonidini tartras	Oculobrim, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	3 butelki po 5 ml	05907553017897	2018-07-01	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	49,36	62,33	62,33	Jaskra		ryczałt	8,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
582	Brimonidinum	Alphagan, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	5 ml	05909990865024	2019-01-01	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	21,60	28,18	23,50	Jaskra		ryczałt	7,88
583	Brimonidinum	Briglau PPH, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	5 ml (but.)	05909990974641	2018-01-01	5 lat	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	22,68	29,31	23,50	Jaskra		ryczałt	9,01
584	Brimonidinum	Luxfen, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	5 ml (but.)	05909990677733	2019-01-01	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	22,68	29,31	23,50	Jaskra		ryczałt	9,01
585	Brimonidinum	Oculobrim, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 butelka po 5 ml	05909991304751	2017-07-01	5 lat	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	16,61	22,94	22,94	Jaskra		ryczałt	3,20
586	Brimonidinum + Timololum	Combigan, krople do oczu, roztwór, 2+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990570546	2019-01-01	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	29,16	36,12	23,50	Jaskra		ryczałt	15,82

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
587	Brinzolamidum	Azopt, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990869114	2019-01-01	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	29,84	36,83	23,50	Jaskra		ryczałt	16,53
588	Brinzolamidum	Brinzolamide Genoptim, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909991250386	2020-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	21,38	27,95	23,50	Jaskra		ryczałt	7,65
589	Brinzolamidum	Optilamid, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909991223571	2019-03-01	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	22,68	29,31	23,50	Jaskra		ryczałt	9,01
590	Brinzolamidum	Optilamid, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	3 butelki po 5 ml	05909991223588	2018-11-01	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	64,31	78,03	70,50	Jaskra		ryczałt	15,53
591	Brivaracetamum	Briviact, roztwór doustny, 10 mg/ml	300 ml	05909991272234	2019-09-01	2 lata	249.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - briwaracetam	381,00	422,55	422,55	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		ryczałt	3,20
592	Brivaracetamum	Briviact, tabl. powl., 50 mg	56 szt.	05909991272333	2019-09-01	2 lata	249.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - briwaracetam	355,60	395,21	395,21	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
593	Bromocriptinum	Bromergon, tabl., 2.5 mg	30 szt.	05909990173013	2019-01-01	3 lata	62.0, Leki ginekologiczne - inhibitory wydzielania prolaktyny - bromokryptyna	13,93	19,06	19,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
594	Bromocriptinum	Bromocorn, tabl., 2.5 mg	30 szt.	05909990211913	2019-01-01	3 lata	62.0, Leki ginekologiczne - inhibitory wydzielania prolaktyny - bromokryptyna	12,19	17,23	17,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
595	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0.125 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306137	2020-11-01	3 lata	200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach	51,73	64,31	64,31	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
596	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0.125 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306137	2020-11-01	3 lata	200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach	51,73	64,31	64,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
597	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306144	2020-11-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	45,25	56,59	56,59	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
598	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306144	2020-11-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	45,25	56,59	56,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
599	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306151	2020-11-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	65,56	80,21	80,09	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,32
600	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306151	2020-11-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	65,56	80,21	80,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,15
601	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0.125 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283629	<1>2019-11-01/<2>2018-07-01	3 lata	200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach	52,49	65,10	64,86	<1>Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,44

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
602	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0.125 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283629	<1>2019-11-01/<2>2018-07-01	3 lata	200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach	52,49	65,10	64,86	<2>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,44
603	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283650	<1>2019-11-01/<2>2018-07-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	45,90	57,28	57,28	<1>Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
604	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283650	<1>2019-11-01/<2>2018-07-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	45,90	57,28	57,28	<2>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
605	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283698	<1>2019-11-01/<2>2018-07-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	65,66	80,31	80,09	<1>Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,42
606	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283698	<1>2019-11-01/<2>2018-07-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	65,66	80,31	80,09	<2>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,25
607	Budesonidum	Budelin Novolizer 200, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 2,18 g proszku (200 daw.)	05909991033248	2019-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	53,46	66,02	60,10	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	11,25
608	Budesonidum	Budelin Novolizer 200, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 2,18 g proszku (200 daw.)	05909991033248	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	53,46	66,02	60,10	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	23,95
609	Budesonidum	Budelin Novolizer 200, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 2,18 g proszku (200 daw.) + inhal. Novolizer	05909991033224	2019-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	59,94	72,83	60,10	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	18,06
610	Budesonidum	Budelin Novolizer 200, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 2,18 g proszku (200 daw.) + inhal. Novolizer	05909991033224	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	59,94	72,83	60,10	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	30,76

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
611	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy)	05909990337354	2019-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	42,12	50,77	30,05	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	23,92
612	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy)	05909990337354	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	42,12	50,77	30,05	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	29,74
613	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy)	05909990337323	2019-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	63,72	76,80	60,10	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	22,03
614	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy)	05909990337323	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	63,72	76,80	60,10	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	34,73
615	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 400 µg/dawkę	1 inh.po 100 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy)	05909990337286	2019-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	51,84	64,32	60,10	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	9,55
616	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 400 µg/dawkę	1 inh.po 100 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy)	05909990337286	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	51,84	64,32	60,10	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	22,25
617	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inhalacyjną	120 kaps.	05909991223793	2018-07-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	31,10	40,01	36,06	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	7,15
618	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inhalacyjną	120 kaps.	05909991223793	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2018-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	31,10	40,01	36,06	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	14,77
619	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inhalacyjną	60 kaps.	05909991204082	2018-09-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	15,55	21,06	18,03	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,23

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
620	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inhalacyjną	60 kaps.	05909991204082	2018-09-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	15,55	21,06	18,03	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	8,44
621	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inhalacyjną	120 kaps.	05909991223809	2018-07-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	62,21	76,28	72,12	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	10,56
622	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inhalacyjną	120 kaps.	05909991223809	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2018-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	62,21	76,28	72,12	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	25,80
623	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inhalacyjną	60 kaps.	05909991203986	2018-09-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	31,10	40,01	36,06	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	7,15
624	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inhalacyjną	60 kaps.	05909991203986	2018-09-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	31,10	40,01	36,06	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	14,77
625	Budesonidum	Budiair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh.	05909990335169	2019-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	51,84	64,32	60,10	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	9,55
626	Budesonidum	Budiair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh.	05909990335169	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	51,84	64,32	60,10	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	22,25
627	Budesonidum	Budiair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. z komorą inhalacyjną Jet	05909990335176	2019-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	51,84	64,32	60,10	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	9,55
628	Budesonidum	Budiair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. z komorą inhalacyjną Jet	05909990335176	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	51,84	64,32	60,10	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	22,25

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
629	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0.125 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002515	2017-07-01	5 lat	200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach	51,84	64,42	64,42	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
630	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0.125 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002515	2017-07-01	5 lat	200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach	51,84	64,42	64,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
631	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002522	2017-07-01	5 lat	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	45,36	56,71	56,71	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
632	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002522	2017-07-01	5 lat	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	45,36	56,71	56,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
633	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002539	2017-07-01	5 lat	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	65,88	80,54	80,09	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,65
634	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002539	2017-07-01	5 lat	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	65,88	80,54	80,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,48
635	Budesonidum	CortimentMMX, tabl. o przedł. uwalnianiu, 9 mg	30 szt.	05909991205966	2020-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-09-01/<3>2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 13	11.1, Kortykosteroidy do stosowania doustnego o działaniu miejscowym na przewód pokarmowy - budesonid - we wrzodziejącym zapaleniu jelita grubego	364,46	404,75	404,75	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; <3>mikroskopowe zapalenie jelit	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
636	Budesonidum	Entocort, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 3 mg	100 szt.	05909990430314	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	11.0, Kortykosteroidy do stosowania doustnego o działaniu miejscowym na przewód pokarmowy - budesonid	332,42	370,28	370,28	Choroba Leśniowskiego-Crohna	postać jelitowa choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi	ryczałt	3,56
637	Budesonidum	Miflonide Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990926213	2019-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	18,85	24,52	18,03	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	9,69
638	Budesonidum	Miflonide Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990926213	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	18,85	24,52	18,03	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	11,90
639	Budesonidum	Miflonide Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990926312	2019-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	32,29	41,25	36,06	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	8,39
640	Budesonidum	Miflonide Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990926312	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	32,29	41,25	36,06	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	16,01
641	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/2 ml	20 szt.	05909991107925	2019-11-01	3 lata	200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach	52,27	64,86	64,86	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
642	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/2 ml	20 szt.	05909991107925	2019-11-01	3 lata	200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach	52,27	64,86	64,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
643	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005696	2018-09-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	45,36	56,71	56,71	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
644	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005696	2018-09-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	45,36	56,71	56,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
645	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005733	2021-03-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	65,45	80,09	80,09	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
646	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005733	2021-03-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	65,45	80,09	80,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,03
647	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.125 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909990445615	2019-01-01	3 lata	200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach	63,68	76,85	64,86	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	15,19
648	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.125 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909990445615	2019-01-01	3 lata	200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach	63,68	76,85	64,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	15,19
649	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909990445714	2019-01-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	56,55	68,46	57,66	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	14,00
650	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909990445714	2019-01-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	56,55	68,46	57,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	14,00
651	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909991233099	2019-01-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	64,80	79,41	79,41	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
652	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909991233099	2019-01-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	64,80	79,41	79,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	23,82

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
653	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909991269784	2019-07-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	64,80	79,41	79,41	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
654	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909991269784	2019-07-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	64,80	79,41	79,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	23,82
655	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909990445813	2019-01-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	76,85	92,06	80,09	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	15,17
656	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909990445813	2019-01-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	76,85	92,06	80,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	36,00
657	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909990677313	2019-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	35,62	43,94	30,05	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	17,09
658	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909990677313	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	35,62	43,94	30,05	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	22,91
659	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 100 daw.	05909990677412	2019-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	31,86	39,99	30,05	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,14
660	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 100 daw.	05909990677412	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	31,86	39,99	30,05	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	18,96
661	Budesonidum	Ribuspir, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh.	05909990335183	2019-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	51,84	64,32	60,10	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	9,55

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
662	Budesonidum	Ribuspir, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh.	05909990335183	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	51,84	64,32	60,10	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	22,25
663	Budesonidum	Ribuspir, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. z komorą inhalacyjną Jet	05909990335190	2019-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	51,84	64,32	60,10	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	9,55
664	Budesonidum	Ribuspir, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. z komorą inhalacyjną Jet	05909990335190	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	51,84	64,32	60,10	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	22,25
665	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 60 dawek	07613421020866	2020-01-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	47,52	58,89	52,09	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	10,00
666	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	2 inh. po 60 dawek	05907626709476	2020-09-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	90,72	108,25	104,18	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	7,27
667	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 120 daw.	05000456011648	2019-09-01	2 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	108,43	126,84	104,18	Przewlekła obturacyjna choroba płuc		30%	53,91
668	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 120 daw.	05909990873074	2018-07-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	108,43	126,84	104,18	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	25,86
669	Budesonidum + Formoterolum	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 120 daw. z opakowaniem ochronnym	05909991137458	2019-01-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	108,48	126,89	104,18	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	25,91

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
670	Budesonidum + Formoterolum	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 60 daw. z opakowaniem ochronnym	05909991137465	2019-01-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	54,24	65,94	52,09	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	17,05
671	Budesonidum + Formoterolum	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw. z opakowaniem ochronnym	05909991137625	2019-01-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	94,09	111,80	103,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	11,84
672	Budesonidum + Formoterolum	DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg	1 inhalator (120 dawek)	05909991136932	2018-01-01	5 lat	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	108,48	126,89	104,18	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	25,91
673	Budesonidum + Formoterolum	DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 320+9 µg	1 inhalator (60 dawek)	05909991136963	2018-01-01	5 lat	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	94,09	111,80	103,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	11,84
674	Budesonidum + Formoterolum	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909990873241	2019-01-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	108,76	127,21	103,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	27,25
675	Budesonidum + Formoterolum	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 80+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909990872886	2019-01-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	62,87	75,01	52,86	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	25,35
676	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0.2 mg	60 szt. - blister	05909991235635	2019-11-01	3 lata	152.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podjęzykowego	27,32	35,48	35,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,64
677	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0.2 mg	60 szt. - blister	05909991235635	2019-11-01	3 lata	152.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podjęzykowego	27,32	35,48	35,48	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
678	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0.4 mg	30 szt. - blister	05909991235642	2019-11-01	3 lata	152.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podjęzykowego	27,32	35,48	35,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,64
679	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0.4 mg	30 szt. - blister	05909991235642	2019-11-01	3 lata	152.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podjęzykowego	27,32	35,48	35,48	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
680	Buprenorphinum	Melodyn 35 µg/h, system transdermalny, 20 mg	5 szt.	05909990938056	2018-09-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	44,28	55,32	49,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,13
681	Buprenorphinum	Melodyn 35 µg/h, system transdermalny, 20 mg	5 szt.	05909990938056	2018-09-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	44,28	55,32	49,39	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	5,93
682	Buprenorphinum	Melodyn 52,5 µg/h, system transdermalny, 30 mg	5 szt.	05909990938087	2018-09-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	66,42	80,73	74,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,85
683	Buprenorphinum	Melodyn 52,5 µg/h, system transdermalny, 30 mg	5 szt.	05909990938087	2018-09-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	66,42	80,73	74,08	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	6,65
684	Buprenorphinum	Melodyn 70 µg/h, system transdermalny, 40 mg	5 szt.	05909990938131	2018-09-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	88,56	105,82	98,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,25
685	Buprenorphinum	Melodyn 70 µg/h, system transdermalny, 40 mg	5 szt.	05909990938131	2018-09-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	88,56	105,82	98,77	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	7,05
686	Buprenorphinum	Transtec 35 µg/h, system transdermalny, 20 mg	5 szt. (5 sasz.po 1 szt.)	05909990966127	2019-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	48,08	59,31	49,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	13,12
687	Buprenorphinum	Transtec 35 µg/h, system transdermalny, 20 mg	5 szt. (5 sasz.po 1 szt.)	05909990966127	2019-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	48,08	59,31	49,39	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	9,92
688	Buprenorphinum	Transtec 52,5 µg/h, system transdermalny, 30 mg	5 szt. (5 sasz.po 1 szt.)	05909990966226	2019-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	72,95	87,59	74,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	16,71
689	Buprenorphinum	Transtec 52,5 µg/h, system transdermalny, 30 mg	5 szt. (5 sasz.po 1 szt.)	05909990966226	2019-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	72,95	87,59	74,08	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	13,51
690	Buprenorphinum	Transtec 70 µg/h, system transdermalny, 40 mg	5 szt. (5 sasz.po 1 szt.)	05909990966325	2019-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	98,80	116,57	98,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	21,00
691	Buprenorphinum	Transtec 70 µg/h, system transdermalny, 40 mg	5 szt. (5 sasz.po 1 szt.)	05909990966325	2019-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	98,80	116,57	98,77	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	17,80
692	Buspironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 10 mg	60 szt.	05902023776304	2019-07-01	3 lata	182.0, Leki przeciwlękowe - buspiron	20,50	27,27	27,27	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,18

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
693	Buspironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909997201450	2019-03-01	3 lata	182.0, Leki przeciwlękowe - buspiron	20,52	27,28	27,28	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,18
694	Buspironum	Spamilan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909997213538	2019-07-01	3 lata	182.0, Leki przeciwlękowe - buspiron	19,98	26,71	26,71	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,01
695	Buspironum	Spamilan, tabl., 10 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990073603	2019-01-01	3 lata	182.0, Leki przeciwlękowe - buspiron	29,38	36,57	27,28	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	17,47
696	Buspironum	Spamilan, tabl., 5 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990073597	2019-01-01	3 lata	182.0, Leki przeciwlękowe - buspiron	17,17	21,68	13,64	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	12,13
697	Busulfanum	Myleran, tabl. powl., 2 mg	25 szt.	05909990277919	2019-11-01	3 lata	236.0, Leki przeciwnowotworowe - leki alkilujące - busulfan	331,33	369,10	369,10	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
698	Calcii folinas	Calciumfolinat-Ebewe, kaps. twarde, 15 mg	20 szt.	05909990356713	2019-01-01	3 lata	215.1, Kwas folinowy i jego sole - postacie do stosowania doustnego	21,60	28,58	28,58	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
699	Calcipotriolum + Betamethasone dipropionate	Enstilar, piana na skórę, (50 µg+0,5 mg)/g	60 g	05909991283599	2019-09-01	2 lata	18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	155,93	177,33	115,66	Leczenie miejscowe łuszczycy zwyczajnej u dorosłych		30%	96,37
700	Calcipotriolum + Betamethasonum	Daivobet , żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 30 g	05909990948376	2020-11-01	10 miesięcy	18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	72,36	85,58	57,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	45,10
701	Calcipotriolum + Betamethasonum	Daivobet , żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 60 g	05909990948383	2020-11-01	10 miesięcy	18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	144,72	165,56	115,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	84,60
702	Calcipotriolum + Betamethasonum	Psotriol, maść, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 60 g	05909991409999	2020-09-01	3 lata	18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	97,20	115,66	115,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	34,70
703	Canagliflozinum	Invokana, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909991096106	2019-11-01	2 lata	251.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - flozyny	160,38	184,94	178,14	Cukrzyca typu 2, u pacjentów przed włączeniem insuliny, leczonych co najmniej dwoma doustnymi lekami hipoglikemizującymi od co najmniej 6 miesięcy, z HbA1c ≥ 8 % oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1)potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2)uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3) obecność 3 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek ≥ 55 lat dla mężczyzn, ≥60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu, -otyłość		30%	60,24

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
704	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabletki, 16 mg	28 szt.	05909991389468	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,34	21,17	21,17	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%	6,35
705	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991392475	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,58	22,47	22,47	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%	6,74
706	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabletki, 16 mg	56 szt.	05909991389475	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,67	40,03	40,03	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
707	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 16 mg	56 szt.	05909991392482	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	33,16	42,66	42,66	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%	12,80
708	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabletki, 32 mg	28 szt.	05909991389512	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,67	40,03	40,03	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
709	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991395100	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	33,16	42,66	42,66	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%	12,80
710	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabletki, 8 mg	28 szt.	05909991389420	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,67	11,22	11,22	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%	3,37

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
711	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 8 mg	28 szt.	05909991390242	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,29	11,87	11,87	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%	3,56
712	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabletki, 8 mg	56 szt.	05909991389437	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,34	21,17	21,17	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%	6,35
713	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 8 mg	56 szt.	05909991390259	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,58	22,47	22,47	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%	6,74
714	Candesartanum cilexetili	Ranacand, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990801350	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,57	28,76	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,86
715	Candesartanum cilexetili	Ranacand, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990801367	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,29	15,02	12,07	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%	6,57
716	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Camlocor, tabl., 16 + 10 mg	28 szt.	03838989720544	2020-09-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,36	24,34	24,14	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach		30%	7,44
717	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Camlocor, tabl., 16 + 5 mg	28 szt.	05909991367732	2020-09-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,36	24,34	24,14	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach		30%	7,44

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
718	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Camlocor, tabl., 8 + 5 mg	28 szt.	05909991367510	2020-09-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,18	12,81	12,07	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach		30%	4,36
719	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kapsułki twarde, 16 + 10 mg	30 kaps.	05906414002140	2020-09-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	26,30	32,93	25,86	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach		30%	14,83
720	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 10 mg	90 kaps.	05906414002171	2020-09-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	78,84	93,00	77,59	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach		30%	38,69
721	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kapsułki twarde, 16 + 5 mg	30 kaps.	05906414002089	2020-09-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	26,30	32,93	25,86	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach		30%	14,83
722	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 5 mg	90 kaps.	05906414002119	2020-09-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	78,84	93,00	77,59	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach		30%	38,69
723	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kapsułki twarde, 8 + 10 mg	30 kaps.	05906414002027	2020-09-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,15	17,17	12,93	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach		30%	8,12
724	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 10 mg	90 kaps.	05906414002058	2020-09-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	39,42	48,18	38,80	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach		30%	21,02

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
725	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kapsułki twarde, 8 + 5 mg	30 kaps.	05906414001969	2020-09-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,15	17,17	12,93	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach		30%	8,12
726	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 5 mg	90 kaps.	05906414001990	2020-09-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	39,42	48,18	38,80	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach		30%	21,02
727	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Caramlo, tabl., 16 + 10 mg	28 szt.	05909991191832	2020-09-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,96	22,87	22,87	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach		30%	6,86
728	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Caramlo, tabl., 16 + 5 mg	28 szt.	05909991418076	2020-09-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,96	22,87	22,87	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach		30%	6,86
729	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Caramlo, tabl., 8 + 5 mg	28 szt.	05909991191764	2020-09-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,48	12,07	12,07	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach		30%	3,62
730	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+25 mg	30 szt.	05909991428112	2020-09-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	37,80	47,91	47,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,37
731	Candesartanum cilexetilum	Atacand, tabl., 16 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990430123	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,47	29,69	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,79
732	Candesartanum cilexetilum	Atacand, tabl., 8 mg	14 szt. (1 blist.po 14 szt.)	05909990430017	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,23	15,67	6,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,44

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
733	Candesartanum cilexetilum	Atacand, tabl., 8 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990430024	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,06	14,78	12,07	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%	6,33
734	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 16 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990739653	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,28	27,41	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	10,51
735	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 32 mg	28 tabl.	05909990739707	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	34,20	43,75	43,75	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%	13,13
736	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 8 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990739592	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,80	14,51	12,07	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%	6,06
737	Candesartanum cilexetilum	Carzap, tabl., 16 mg	28 tabl.	05909990937172	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,44	25,47	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	8,57
738	Candesartanum cilexetilum	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909990937196	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	41,70	51,63	48,28	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%	17,83
739	Candesartanum cilexetilum	Carzap, tabl., 32 mg	28 tabl.	05909990937264	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	38,88	48,66	48,28	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%	14,86
740	Candesartanum cilexetilum	Carzap, tabl., 8 mg	28 tabl.	05909990937080	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,72	13,38	12,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	4,93

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
741	Candesartanum cilexetilum	Carzap, tabl., 8 mg	56 szt.	05909990937103	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,85	26,95	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	10,05
742	Candesartanum cilexetilum	Kandesar, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990962945	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,44	25,47	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	8,57
743	Candesartanum cilexetilum	Kandesar, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990962839	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,72	13,38	12,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	4,93
744	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990772193	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,68	28,87	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,97
745	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 16 mg	56 tabl.	05909990772209	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	42,34	52,30	48,28	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%	18,50
746	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 32 mg	28 tabl.	05909990772230	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	42,34	52,30	48,28	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%	18,50
747	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990772162	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,34	15,08	12,07	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%	6,63
748	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 8 mg	56 tabl.	05909990772179	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,00	29,21	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,31

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
749	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909990800629	2020-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,22	26,29	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,39
750	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 32+12,5 mg	28 szt.	05909991063702	2018-09-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	38,34	48,10	48,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,43
751	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 32+25 mg	28 szt.	05909991064051	2018-09-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	38,34	48,10	48,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,43
752	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 8+12,5 mg	28 szt.	05909990800360	2019-11-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,64	14,34	12,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,89
753	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candesartan + Hydrochlorothiazide Vitama, tabletki, 16+12,5 mg	28 tabl.	05909991245610	2019-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,36	24,34	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,44
754	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candesartan + Hydrochlorothiazide Vitama, tabletki, 8+12,5 mg	28 tabl.	05909991245528	2019-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,18	12,81	12,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,36
755	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909991415907	2020-09-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,28	23,20	23,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,96
756	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909990957255	2020-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,41	26,49	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,59
757	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	56 szt.	05909990957279	2019-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	41,70	51,63	48,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,83
758	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabletki, 32+12,5 mg	28 tabl.	05909991057596	2017-03-01	5 lat	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	39,42	49,23	48,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,43
759	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabletki, 32+25 mg	28 tabl.	05909991058609	2017-03-01	5 lat	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	39,42	49,23	48,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,43
760	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 8+12,5 mg	28 szt.	05909990957170	2020-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,21	13,89	12,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,44

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
761	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 8+12,5 mg	56 szt.	05909990957194	2019-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,85	26,95	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,05
762	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909990865178	2019-03-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,68	28,87	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,97
763	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl. powl., 16+12,5 mg	56 szt.	05909990865185	2020-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	42,55	52,52	48,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	18,72
764	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg	84 szt.	05909991136840	2019-07-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	60,60	73,47	72,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	22,78
765	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl. powl., 32+12,5 mg	28 szt.	05909990865222	2020-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	42,55	52,52	48,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	18,72
766	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl. powl., 32+25 mg	28 szt.	05909990865260	2020-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	42,55	52,52	48,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	18,72
767	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 8+12,5 mg	28 szt.	05909990865130	2021-03-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,10	13,78	12,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,33
768	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl. powl., 8+12,5 mg	56 szt.	05909990865147	2020-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,28	27,41	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,51
769	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 8+12,5 mg	84 szt.	05909991136833	2019-07-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,29	38,30	36,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,95
770	Carbamazepinum	Amizepin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909990043910	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	10,79	14,31	10,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; napady padaczkowe w bezobjawowych przerzutach do kory ruchowej mózgu -profilaktyka; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	7,17
771	Carbamazepinum	Amizepin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909990043910	2019-01-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	10,79	14,31	10,34	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	3,97

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
772	Carbamazepinum	Finlepsin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909991014117	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	10,26	13,75	10,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; napady padaczkowe w bezobjawowych przerzutach do kory ruchowej mózgu -profilaktyka; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	6,61
773	Carbamazepinum	Finlepsin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909991014117	2019-01-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	10,26	13,75	10,34	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	3,41
774	Carbamazepinum	Finlepsin 200 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909991030315	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	10,26	13,75	10,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; napady padaczkowe w bezobjawowych przerzutach do kory ruchowej mózgu -profilaktyka; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	6,61
775	Carbamazepinum	Finlepsin 200 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909991030315	2019-01-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	10,26	13,75	10,34	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	3,41
776	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909991014216	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	11,75	15,82	12,41	Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; napady padaczkowe w bezobjawowych przerzutach do kory ruchowej mózgu -profilaktyka; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	6,61
777	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909991014216	2019-01-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	11,75	15,82	12,41	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	3,41

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
778	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	50 szt.	05909991014223	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	19,53	25,32	20,69	Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; napady padaczkowe w bezobjawowych przerzutach do kory ruchowej mózgu -profilaktyka; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	7,83
779	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	50 szt.	05909991014223	2019-01-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	19,53	25,32	20,69	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	4,63
780	Carbamazepinum	Neurotop retard 300, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990244515	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	11,82	16,39	15,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; napady padaczkowe w bezobjawowych przerzutach do kory ruchowej mózgu -profilaktyka; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	4,07
781	Carbamazepinum	Neurotop retard 300, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990244515	2019-01-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	11,82	16,39	15,52	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,87
782	Carbamazepinum	Neurotop retard 600, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 600 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990244614	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	23,63	31,03	31,03	Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; napady padaczkowe w bezobjawowych przerzutach do kory ruchowej mózgu -profilaktyka; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
783	Carbamazepinum	Neurotop retard 600, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 600 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990244614	2019-01-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	23,63	31,03	31,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
784	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	100 ml	05909990341917	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	159.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - płynne postacie farmaceutyczne	6,48	9,21	8,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; napady padaczkowe w bezobjawowych przerzutach do kory ruchowej mózgu -profilaktyka; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	4,19
785	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	100 ml	05909990341917	2019-01-01	3 lata	159.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - płynne postacie farmaceutyczne	6,48	9,21	8,22	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,99
786	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	250 ml	05909990341924	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	159.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - płynne postacie farmaceutyczne	15,12	20,56	20,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; napady padaczkowe w bezobjawowych przerzutach do kory ruchowej mózgu -profilaktyka; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
787	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	250 ml	05909990341924	2019-01-01	3 lata	159.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - płynne postacie farmaceutyczne	15,12	20,56	20,56	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
788	Carbamazepinum	Tegretol CR 200, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990120215	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	11,88	15,45	10,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; napady padaczkowe w bezobjawowych przerzutach do kory ruchowej mózgu -profilaktyka; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	8,31
789	Carbamazepinum	Tegretol CR 200, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990120215	2019-01-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	11,88	15,45	10,34	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	5,11

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
790	Carbamazepinum	Tegretol CR 400, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 400 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990120116	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	12,10	16,19	12,41	Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; napady padaczkowe w bezobjawowych przerzutach do kory ruchowej mózgu -profilaktyka; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	6,98
791	Carbamazepinum	Tegretol CR 400, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 400 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990120116	2019-01-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	12,10	16,19	12,41	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	3,78
792	Carvedilolum	Atram 12,5, tabl., 12.5 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990570430	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,98	9,61	3,96	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	6,84
793	Carvedilolum	Atram 25, tabl., 25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990570409	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	10,53	13,41	7,93	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	7,86
794	Carvedilolum	Atram 6,25, tabl., 6.25 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990570454	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,36	7,31	1,98	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	5,92
795	Carvedilolum	Avedol, tabl. powl., 12.5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990074099	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,79	10,46	3,96	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	7,69
796	Carvedilolum	Avedol, tabl. powl., 25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990074129	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	11,44	14,36	7,93	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	8,81

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
797	Carvedilolum	Avedol, tabl. powl., 6.25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990074051	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,69	7,64	1,98	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	6,25
798	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 12.5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990727148	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,21	9,85	3,96	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	7,08
799	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990727193	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	10,80	13,69	7,93	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	8,14
800	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 6.25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990727100	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,26	7,19	1,98	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	5,80
801	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 12.5 mg	30 szt.	05909991017019	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	9,13	10,82	3,96	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	8,05
802	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 25 mg	30 szt.	05909991017118	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	11,29	14,20	7,93	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	8,65
803	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 3.125 mg	30 szt.	05909991016814	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,34	8,02	0,99	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	7,33

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
804	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 6.25 mg	30 szt.	05909991016913	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,70	7,66	1,98	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	6,27
805	Carvedilolum	Coryol, tabl., 6.25 mg	30 szt.	05909990983315	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,70	7,66	1,98	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	6,27
806	Carvedilolum	Coryol 12,5 mg, tabl., 12.5 mg	30 szt.	05909990216505	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,86	10,53	3,96	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	7,76
807	Carvedilolum	Coryol 25 mg, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990216567	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	11,02	13,92	7,93	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	8,37
808	Carvedilolum	Coryol 3,125 mg, tabl., 3.125 mg	30 szt.	05909990216604	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,34	8,02	0,99	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	7,33
809	Carvedilolum	Hypoten, tabl. powl., 12.5 mg	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	05909990048496	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	27,00	31,90	13,21	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%	22,65
810	Carvedilolum	Hypoten, tabl. powl., 12.5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990048489	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,86	10,53	3,96	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	7,76

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
811	Carvedilolum	Hypoten, tabl. powl., 25 mg	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	05909990048540	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	35,10	42,44	26,42	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%	23,95
812	Carvedilolum	Hypoten, tabl. powl., 25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990048502	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	11,34	14,26	7,93	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	8,71
813	Carvedilolum	Hypoten, tabl. powl., 6.25 mg	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	05909990048472	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	20,52	23,59	6,60	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%	18,97
814	Carvedilolum	Hypoten, tabl. powl., 6.25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990048465	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,70	7,66	1,98	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	6,27
815	Carvedilolum	Symtrend, tabl. powl., 12.5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990074754	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,48	9,08	3,96	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	6,31
816	Carvedilolum	Symtrend, tabl. powl., 25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990074662	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,63	11,41	7,93	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	5,86
817	Carvedilolum	Symtrend, tabl. powl., 6.25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990074792	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,20	7,13	1,98	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	5,74

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
818	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 12.5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990687909	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	10,26	12,00	3,96	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	9,23
819	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 12.5 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990687930	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	20,52	23,90	7,93	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	18,35
820	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990687862	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	13,28	16,29	7,93	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	10,74
821	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 25 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990687879	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	24,84	30,04	15,85	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	18,95
822	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 6.25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990687886	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,48	7,42	1,98	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	6,03
823	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 6.25 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990687893	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	12,96	14,84	3,96	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	12,07
824	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 47,60 g/75 ml zawiesiny	05909990137411	2019-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	15,88	20,31	13,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,71
825	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 63,47 g/100 ml zawiesiny	05909990137428	2019-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	20,20	25,55	17,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,75

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
826	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 47,60 g/75 ml zawiesiny	05909990137510	2019-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	31,32	38,59	26,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	25,40
827	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 63,47 g/100 ml zawiesiny	05909990137527	2019-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	37,04	45,65	35,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	28,06
828	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	100 ml (63,47 g)	05909997207827	2019-07-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	23,47	31,39	31,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,70
829	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 375 mg/5 ml	1 but.po 47,60 g/75 ml zawiesiny	05909990775910	2019-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	38,88	48,12	39,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	28,33
830	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 375 mg/5 ml	1 but.po 63,47 g/100 ml zawiesiny	05909990775927	2019-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	46,44	57,52	52,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	31,13
831	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 375 mg	10 szt.	05909990676514	2019-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,76	28,53	12,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	22,22
832	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	10 szt.	05909990676613	2019-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,69	31,24	16,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	22,82
833	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	14 szt.	05909990676620	2019-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	35,85	43,02	23,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	31,23
834	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	10 szt.	05909990676712	2019-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	43,42	51,21	25,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	38,58
835	Cefadroxilum	Biodroxil, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 0.25 g/5 ml	60 ml (45 g)	05909990780211	2019-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	7,51	10,95	10,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,67

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
836	Cefadroxilum	Biodroxil, tabl. powl., 1000 mg	12 szt.	05909990780518	2019-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,22	25,02	20,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,91
837	Cefadroxilum	Biodroxil, kaps., 500 mg	12 szt.	05909990780419	2019-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,45	15,01	10,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,96
838	Cefadroxilum	Biodroxil, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	45 g (60 ml)	05909990780310	2019-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	12,31	17,84	17,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,92
839	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 mg	26 ml	05909990059515	2019-01-01	3 lata	90.1, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania pozajelitowego	10,49	14,40	10,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,92
840	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 250 mg	17 ml	05909990806812	2019-01-01	3 lata	90.1, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania pozajelitowego	3,37	4,18	1,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	3,27
841	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 500 mg	17 ml	05909990806911	2019-01-01	3 lata	90.1, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania pozajelitowego	4,99	6,52	3,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,69
842	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 750 mg	17 ml	05909990059416	2019-01-01	3 lata	90.1, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania pozajelitowego	5,70	7,92	5,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,18
843	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powl., 125 mg	10 szt. (2 blist.po 5 szt.)	05909990063727	2019-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	12,14	15,33	8,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,12
844	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powl., 125 mg	14 szt. (2 blist.po 7 szt.)	05909990063734	2019-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,00	21,26	11,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,37
845	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powl., 250 mg	10 szt. (2 blist.po 5 szt.)	05909990063840	2019-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,29	29,77	16,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	21,35
846	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powl., 250 mg	14 szt. (2 blist.po 7 szt.)	05909990063857	2019-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	31,09	38,02	23,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	26,23

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
847	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powl., 500 mg	10 szt. (2 blist.po 5 szt.)	05909990063697	2019-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	32,88	41,18	33,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,34
848	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powl., 500 mg	14 szt. (2 blist.po 7 szt.)	05909990063703	2019-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	40,81	51,18	47,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	27,60
849	Cefuroximum	Cefox, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909991255145	2019-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,82	18,79	16,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,37
850	Cefuroximum	Cefox, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	05909991255152	2019-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,33	25,68	23,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,89
851	Cefuroximum	Cefox, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991255183	2019-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	26,15	34,12	33,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,28
852	Cefuroximum	Cefox, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991255190	2019-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	38,51	48,77	47,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	25,19
853	Cefuroximum	Cefuroxime Genoptim, tabletki powlekane, 250 mg	10 szt.	05909991353469	2019-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,99	16,86	16,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,44
854	Cefuroximum	Cefuroxime Genoptim, tabletki powlekane, 500 mg	10 szt.	05909991353483	2019-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,98	31,83	31,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,92
855	Cefuroximum	Cefuroxime Genoptim, tabletki powlekane, 500 mg	14 szt.	05909991353490	2019-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	33,57	43,58	43,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	21,79
856	Cefuroximum	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	50 ml (46,2 g) (prosz.)	05909991009212	2019-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	15,01	20,10	17,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,30

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
857	Cefuroximum	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	88,2 g prosz. (1 but.po 100 ml)	05909991009229	2019-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	27,00	35,11	35,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,56
858	Cefuroximum	Ceroxim, tabletki powlekane, 250 mg	10 tabl.	05909991263331	2017-07-01	5 lat	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	12,47	17,36	16,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,94
859	Cefuroximum	Ceroxim, tabletki powlekane, 250 mg	14 tabl.	05909991263355	2017-07-01	5 lat	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,63	24,94	23,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,15
860	Cefuroximum	Ceroxim, tabletki powlekane, 250 mg	20 tabl.	05909991263362	2017-07-01	5 lat	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,06	32,97	32,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,49
861	Cefuroximum	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	50 ml (46,2 g) (prosz.)	05909991009113	2019-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	27,00	35,11	35,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,56
862	Cefuroximum	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	88,2 g prosz. (1 but.po 100 ml)	05909991009120	2019-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	54,00	66,89	66,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	33,45
863	Cefuroximum	Ceroxim, tabletki powlekane, 500 mg	10 tabl.	05909991263386	2017-09-01	5 lat	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,25	32,12	32,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,06
864	Cefuroximum	Ceroxim, tabletki powlekane, 500 mg	14 tabl.	05909991263409	2017-09-01	5 lat	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	38,45	48,70	47,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	25,12
865	Cefuroximum	Ceroxim, tabletki powlekane, 500 mg	20 tabl.	05909991263416	2017-05-01	5 lat	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	50,33	62,91	62,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	31,46
866	Cefuroximum	Furocef, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909991231125	2018-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,20	18,13	16,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,71

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
867	Cefuroximum	Furocef, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	05909991231149	2018-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,48	24,78	23,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,99
868	Cefuroximum	Furocef, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991231194	2018-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	26,41	34,39	33,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,55
869	Cefuroximum	Furocef, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991231217	2018-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,97	47,15	47,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	23,58
870	Cefuroximum	Tarsime, tabletki powlekane, 250 mg	10 tabl.	05909990971428	2019-05-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,20	18,13	16,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,71
871	Cefuroximum	Tarsime, tabletki powlekane, 500 mg	10 szt.	05909990971435	2019-05-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,92	33,88	33,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,04
872	Cefuroximum	Xorimax 250, tabl. drażowane, 250 mg	10 szt. (1 blist.po 10 szt.)	05909990224951	2019-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,12	20,15	16,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,73
873	Cefuroximum	Xorimax 250, tabl. drażowane, 250 mg	14 szt. (2 blist.po 7 szt.)	05907626701753	2019-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,28	25,62	23,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,83
874	Cefuroximum	Xorimax 500, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991265328	2019-07-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	26,24	34,21	33,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,37
875	Cefuroximum	Xorimax 500, tabl. powlekane, 500 mg	10 szt.	05909991217860	2018-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	26,68	34,68	33,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,84
876	Cefuroximum	Xorimax 500, tabl. drażowane, 500 mg	10 szt. (1 blist.po 10 szt.)	05909990224456	2019-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,16	37,28	33,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	20,44

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
877	Cefuroximum	Xorimax 500, tabl. drażowane, 500 mg	14 szt.	05907626701760	2018-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	37,80	48,02	47,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,44
878	Cefuroximum	Zamur 250, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909990216383	2019-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,58	19,58	16,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,16
879	Cefuroximum	Zamur 250, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	05909991067946	2019-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	20,41	26,81	23,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,02
880	Cefuroximum	Zamur 500, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990216390	2019-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,16	37,28	33,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	20,44
881	Cefuroximum	Zamur 500, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991067953	2019-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	40,82	51,20	47,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	27,62
882	Cefuroximum	Zinacef, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań i infuzji, 1500 mg	10 fiol.	05909990069927	2019-01-01	3 lata	90.1, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania pozajelitowego	91,80	109,71	109,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	54,86
883	Cefuroximum	Zinacef, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań lub roztworu do wstrzykiwań i infuzji, 750 mg	10 fiol.	05909990069828	2019-01-01	3 lata	90.1, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania pozajelitowego	45,90	57,52	54,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	30,09
884	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 125 mg	10 szt.	05909990083213	2019-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,18	14,32	8,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,11
885	Cefuroximum	Zinnat, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	42,20 g granulatu (1 but.po 50 ml)	05909990051335	2019-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	14,47	19,52	17,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,72
886	Cefuroximum	Zinnat, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	84,40 g granulatu (1 but.po 100 ml)	05909990051342	2019-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	27,32	35,44	35,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,85
887	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909997196350	2019-03-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,21	18,14	16,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,72

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
888	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909991260071	2020-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,28	18,21	16,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,79
889	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909997201559	2018-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,49	18,43	16,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,01
890	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909990083312	2019-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,17	22,30	16,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,88
891	Cefuroximum	Zinnat, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	39,98 g granulatu (1 but.po 50 ml)	05909990468812	2019-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	27,08	35,19	35,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,60
892	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909997210605	2018-07-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,61	32,50	32,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,25
893	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991283575	2020-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,84	32,74	32,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,37
894	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991359331	2020-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,84	32,74	32,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,37
895	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909997200118	2018-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,38	33,31	33,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,66
896	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909997196077	2019-03-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,49	33,42	33,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,71
897	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991260095	2020-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,87	33,82	33,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,98

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
898	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990083411	2019-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	30,35	38,53	33,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	21,69
899	Cefuroximum	Zinnat, tabletki powlekane, 500 mg	10 tabl.	05909991272531	2017-07-01	5 lat	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,92	33,88	33,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,04
900	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991418212	2020-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,56	44,62	44,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	22,31
901	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991425203	2020-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,78	44,84	44,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	22,42
902	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909990083435	2019-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	41,04	51,42	47,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	27,84
903	Cefuroximum	Zinoxx, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909991082932	2019-03-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,91	18,88	16,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,46
904	Cefuroximum	Zinoxx, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991082949	2019-03-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	27,30	35,33	33,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	18,49
905	Cefuroximum	Zinoxx, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991401641	2020-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,99	47,17	47,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	23,59
906	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, tabl. powl., 10 mg	30 tabl. (2 blist.po 15 szt.)	05909990569441	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,79	14,90	13,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	atopowe zapalenie skóry; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	5,69

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
907	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, syrop, 5 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990851119	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	9,98	13,00	8,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	atopowe zapalenie skóry; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	6,81
908	Cetirizini dihydrochloridum	Cetirizine Genoptim, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990969739	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,64	12,64	12,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	atopowe zapalenie skóry; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	3,79
909	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 but. 20 ml	05909991386672	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	11,77	16,56	16,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	atopowe zapalenie skóry; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	4,97
910	Cetirizinum	Alermed, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990910793	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,80	14,91	13,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	atopowe zapalenie skóry; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	5,70
911	Cetirizinum	Allertec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	10 ml w but. z kroplomierzem	05909991103811	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	6,79	9,65	8,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	atopowe zapalenie skóry; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	3,46
912	Cetirizinum	Allertec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	20 ml w but. z kroplomierzem	05909991103835	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	11,99	16,79	16,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	atopowe zapalenie skóry; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	5,04
913	Cetirizinum	Amertil, tabl. powl., 10 mg	20 szt.	05909990410729	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,48	9,37	8,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	atopowe zapalenie skóry; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	3,23

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
914	Cetirizinum	Amertil, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990410736	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,15	14,23	13,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	atopowe zapalenie skóry; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	5,02
915	Cetirizinum	Amertil, tabletki powlekane, 10 mg	60 tabl.	05907695215250	2017-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,41	25,99	25,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	atopowe zapalenie skóry; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	7,80
916	Cetirizinum	Letizen, tabl. powl., 10 mg	20 szt.	05909990869725	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,13	10,07	8,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	atopowe zapalenie skóry; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	3,93
917	Cetirizinum	Zyrtec, roztwór do stosowania doustnego, 1 mg/ml	75 ml	05909990781515	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	8,74	11,20	6,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	atopowe zapalenie skóry; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	6,56
918	Cetirizinum	Zyrtec, tabl. powl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990184637	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,47	18,75	13,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	atopowe zapalenie skóry; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	9,54
919	Cetirizinum	Zyrtec, krople doustne, 10 mg/ml	20 ml	05909990184736	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	12,85	17,69	17,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	atopowe zapalenie skóry; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	5,31
920	Cetrorelixum	Cetrotide, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 0.25 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz.	05909990488926	2018-07-01	3 lata	78.1, Hormony przysadki i podwzgórza – antygonadotropiny uwalniające hormony	108,00	127,46	125,19	Zapobieganie przedwczesnej owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, poddawanych kontrolowanej hiperstymulacji jajników – refundacja do 3 cykli		50%	64,87
921	Chlorambucilum	Leukeran, tabl. powl., 2 mg	25 szt.	05909990345618	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	233.0, Leki przeciwnowotworowe - leki alkilujące - chlorambucyl	205,25	233,40	233,40	Nowotwory złośliwe	amyloidoza	bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
922	Chloroquinum	Arechin, tabl., 250 mg	30 tabl.	05909991139582	2018-03-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2019-05-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	192.0, Leki przeciwmalaryczne - chlorochina	14,20	19,39	19,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; <2>porfiria skórna późna	30%	5,82
923	Chlorprothixenum	Chlorprothixen Zentiva, tabl. powl., 15 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990203017	2019-01-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,20	10,54	6,24	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		ryczałt	7,50
924	Chlorprothixenum	Chlorprothixen Zentiva, tabl. powl., 15 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990203017	2019-01-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,20	10,54	6,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,17
925	Chlorprothixenum	Chlorprothixen Zentiva, tabl. powl., 50 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990203116	2019-01-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,31	20,80	20,80	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		ryczałt	3,20
926	Chlorprothixenum	Chlorprothixen Zentiva, tabl. powl., 50 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990203116	2019-01-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,31	20,80	20,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,24
927	Ciclesonidum	Alvesco 160, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160 µg	1 poj. 120 daw.	05909990212064	2020-11-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	123,12	144,24	144,24	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	12,80
928	Ciclesonidum	Alvesco 160, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160 µg	1 poj. 60 daw.	05909990218530	2020-11-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	61,56	75,60	72,12	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	9,88
929	Ciclesonidum	Alvesco 80, aerozol inhalacyjny, roztwór, 80 µg	1 poj. 120 daw.	05909990212057	2020-11-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	81,00	96,01	72,12	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	30,29
930	Ciclesonidum	Alvesco 80, aerozol inhalacyjny, roztwór, 80 µg	1 poj. 60 daw.	05909990218523	2020-11-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	40,50	49,88	36,06	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	17,02

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
931	Ciclosporinum	Cyclaid, kaps. miękkie, 100 mg	50 szt.	05909990787463	2019-05-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	238,08	268,46	268,12	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	3,54
932	Ciclosporinum	Cyclaid, kaps. miękkie, 25 mg	50 szt.	05909990787289	2019-05-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	53,95	67,13	67,03	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	3,30
933	Ciclosporinum	Cyclaid, kaps. miękkie, 50 mg	50 szt.	05909990787357	2019-05-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	113,89	134,06	134,06	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
934	Ciclosporinum	Equoral, kaps. elastyczne, 100 mg	50 szt. (5 blist.po 10 kaps.)	05909990946624	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	238,14	268,53	268,12	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	3,61

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
935	Ciclosporinum	Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909990946716	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	138.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	277,02	310,64	310,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych 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
936	Ciclosporinum	Equoral, kaps. elastyczne, 25 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990946426	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	53,95	67,13	67,03	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	3,30
937	Ciclosporinum	Equoral, kaps. elastyczne, 50 mg	50 szt. (5 blist.po 10 kaps.)	05909990946525	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	113,89	134,06	134,06	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
938	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 10 mg	60 szt.	05909990406111	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	46,72	55,86	32,17	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	26,89

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
939	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 100 mg	50 szt.	05909990336814	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	250,01	280,98	268,12	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	16,06
940	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	but. 50 ml	05909990336913	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	138.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	320,11	355,89	310,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych 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	48,45
941	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 25 mg	50 szt.	05909990336616	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	62,45	76,05	67,03	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	12,22
942	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 50 mg	50 szt.	05909990336715	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	124,68	145,39	134,06	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	14,53

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
943	Cilazaprilum	Cazaprol, tabl. powl., 1 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990678648	2019-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,78	8,81	2,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,81
944	Cilazaprilum	Cazaprol, tabl. powl., 2.5 mg	28 szt.	05909990678655	2019-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,05	14,17	5,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	12,04
945	Cilazaprilum	Cazaprol, tabl. powl., 5 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990678679	2019-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,39	23,15	10,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	18,46
946	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powl., 0.5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990066636	2019-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	4,75	5,32	1,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,32
947	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powl., 1 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990066667	2019-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,15	9,21	2,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,21
948	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powl., 2.5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990066780	2019-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,82	16,15	5,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	13,64
949	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990066803	2019-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,02	26,07	11,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	21,05
950	Cilazaprilum + Hydrochlorothiazidum	Cazacombi, tabl. powl., 5+12,5 mg	28 szt.	05909990781676	2019-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,43	23,19	10,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	18,50
951	Ciprofibratum	Lipanor, kaps., 100 mg	30 kaps. (3 blist.po 10 szt.)	05909990376612	2019-01-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	20,20	25,56	18,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,79
952	Ciprofloxacinum	Ciphin 500, tabl. powl., 500 mg	10 szt. (1 blist.po 10 szt.)	05909990499113	2019-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	7,56	10,09	7,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,42
953	Ciprofloxacinum	Ciprinol, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909990066414	2019-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	5,39	6,76	3,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	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	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
954	Ciprofloxacinum	Ciprinol, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990066216	2019-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	7,88	10,42	7,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,75
955	Ciprofloxacinum	Cipronex, tabl. powl., 250 mg	10 szt. (1 blist.po 10 szt.)	05909990308514	2019-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	5,39	6,76	3,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,93
956	Ciprofloxacinum	Cipronex, tabl. powl., 500 mg	10 tabl. (blist.)	05909990334964	2019-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	7,94	10,49	7,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,82
957	Ciprofloxacinum	Cipropol, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909990308712	2019-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	5,18	6,54	3,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,71
958	Ciprofloxacinum	Cipropol, tabl. powl., 500 mg	10 szt. (2 blist.po 5 szt.)	05909990729012	2019-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	7,88	10,42	7,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,75
959	Ciprofloxacinum	Proxacin 250, tabl. powl., 250 mg	10 szt. (1 blist.po 10 szt.)	05909991033514	2019-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	5,18	6,54	3,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,71
960	Ciprofloxacinum	Proxacin 500, tabl. powl., 500 mg	10 szt. (1 blist.po 10 szt.)	05909991033613	2019-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	7,83	10,37	7,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,70
961	Clarithromycinum	Apiclar, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	05909991311230	2020-09-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,69	12,60	12,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,30
962	Clarithromycinum	Apiclar, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991311285	2020-09-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,39	23,74	23,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,87
963	Clarithromycinum	Fromilid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	60 ml (25 g)	05909990818013	2019-01-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	12,53	17,43	16,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,18
964	Clarithromycinum	Fromilid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	60 ml (25 g)	05909990059522	2019-01-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	22,09	29,82	29,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,91

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
965	Clarithromycinum	Fromilid 250, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	05909990773626	2019-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,63	18,84	12,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,50
966	Clarithromycinum	Fromilid 500, tabl. powl., 500 mg	14 szt. (2 blist.po 7 szt.)	05909990781010	2019-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	20,52	27,03	25,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,34
967	Clarithromycinum	Fromilid 500, tabl. powl., 500 mg	28 szt.	05909991036546	2018-05-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	38,05	48,42	48,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,21
968	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powl., 250 mg	14 szt. (1 blist.po 14 szt.)	05909990081165	2019-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,80	19,02	12,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,68
969	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991260255	2019-05-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,88	22,16	22,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,08
970	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991257316	2019-05-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,09	22,37	22,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,19
971	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powl., 500 mg	14 szt. (2 blist.po 7 szt.)	05909990045532	2019-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,95	25,38	25,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,69
972	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powl., 500 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	05909990045549	2019-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	27,05	35,16	35,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,58
973	Clarithromycinum	Klabax 125 mg/5 ml, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990620654	2019-01-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	20,52	27,50	27,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,75
974	Clarithromycinum	Klabax 125 mg/5 ml, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 60 ml	05909990620647	2019-01-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	12,31	17,19	16,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,94

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
975	Clarithromycinum	Klabax 250 mg/5 ml, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990620678	2019-01-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	43,47	54,73	54,73	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	27,37
976	Clarithromycinum	Klabax 250 mg/5 ml, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 60 ml	05909990620661	2019-01-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	27,11	35,10	33,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	18,60
977	Clarithromycinum	Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	100 ml	05909990331727	2019-01-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	22,03	29,08	27,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,33
978	Clarithromycinum	Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	60 ml	05909990331710	2019-01-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	13,28	18,20	16,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,95
979	Clarithromycinum	Klacid, tabl. powl., 250 mg	10 szt. (1 blist.po 10 szt.)	05909990331819	2019-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	12,31	15,56	9,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,03
980	Clarithromycinum	Klacid, tabl. powl., 250 mg	14 szt. (1 blist.po 14 szt.)	05909990331826	2019-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,23	21,57	12,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,23
981	Clarithromycinum	Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	100 ml	05909990780631	2019-01-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	43,74	55,02	55,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	27,51
982	Clarithromycinum	Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	60 ml	05909990780624	2019-01-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	26,57	34,53	33,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	18,03
983	Clarithromycinum	Klacid, tabl. powl., 500 mg	14 szt. (1 blist.po 14 szt.)	05909990719419	2019-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	33,91	41,09	25,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	28,40
984	Clarithromycinum	Klarmin, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	05909991030223	2019-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,66	18,87	12,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,53

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
985	Clarithromycinum	Klarmin, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991030117	2019-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,98	25,41	25,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,72
986	Clarithromycinum	Lekoklar, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 68,3 g	05909990946075	2019-11-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	18,42	25,29	25,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,65
987	Clarithromycinum	Lekoklar, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 68,3 g	05909990946198	2019-11-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	36,84	47,76	47,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	23,88
988	Clarithromycinum	Lekoklar forte, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991282776	2019-11-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,66	21,92	21,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,96
989	Clarithromycinum	Lekoklar forte, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909990952229	2019-07-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,36	24,76	24,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,38
990	Clarithromycinum	Lekoklar forte, tabletki powlekane, 500 mg	14 tabl.	05909991316761	2017-09-01	5 lat	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,66	21,92	21,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,96
991	Clarithromycinum	Lekoklar mite, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	05909990952205	2019-07-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,53	13,49	12,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,15
992	Clarithromycinum	Taclar, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991023416	2019-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,06	25,49	25,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,80
993	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 300, tabl. powl., 300 mg	16 szt. (2 blist.po 8 szt.)	05909991001438	2019-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,43	19,84	19,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,92
994	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 600, tabl. powl., 600 mg	12 szt. (2 blist.po 6 szt.)	05909991001520	2019-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,84	31,12	30,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,63

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
995	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 600, tabl. powl., 600 mg	16 szt.	05909991001537	2021-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	28,86	37,59	37,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	18,80
996	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 600, tabl. powl., 600 mg	30 szt. (5 blist.po 6 szt.)	05909991001544	2019-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	59,61	73,08	73,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	36,54
997	Clindamycinum	Clindanea, tabl. powl., 600 mg	12 szt.	05909991414207	2021-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	21,60	28,77	28,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,39
998	Clindamycinum	Dalacin C, kaps., 150 mg	16 kaps. (1 blist.po 16 szt.)	05909990071210	2019-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,26	11,57	10,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,41
999	Clindamycinum	Dalacin C, kaps., 300 mg	16 kaps. (2 blist.po 8 szt.)	05909990306435	2019-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,21	20,66	20,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,33
1000	Clindamycinum	Dalacin C, kaps., 75 mg	16 kaps. (1 blist.po 16 szt.)	05909990071111	2019-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,90	8,84	5,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,26
1001	Clindamycinum	Klimicin, kaps. twarde, 300 mg	16 szt.	05907626707397	2019-05-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	12,96	18,30	18,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,15
1002	Clindamycinum	Klimicin, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 300 mg/2 ml	5 amp.po 2 ml	05909990067510	2019-01-01	3 lata	102.1, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania pozajelitowego	24,84	32,49	32,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1003	Clobetasoli propionas	Dermovate, krem, 0.5 mg/g	25 g	05909990004713	2019-01-01	3 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	8,32	11,19	8,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,14
1004	Clobetasoli propionas	Dermovate, roztwór na skórę, 0.5 mg/ml	50 ml	05909997013800	2019-11-01	3 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	12,85	17,59	16,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,48
1005	Clobetasoli propionas	Dermovate, roztwór na skórę, 0.5 mg/ml	50 ml	05909990369928	2019-01-01	3 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	16,63	21,56	16,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,45
1006	Clobetasolum	Dermovate, maść, 0.5 mg/g	25 g	05909990004812	2019-01-01	3 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	8,32	11,19	8,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,14

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1007	Clobetasolum	Dermovate, roztwór na skórę, 0.5 mg/ml	25 ml	05909990369911	2019-01-01	3 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	8,21	11,07	8,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,02
1008	Clobetasolum	Dermovate, roztwór na skórę, 0.5 mg/ml	50 ml	05909997196497	2019-07-01	3 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	12,85	17,59	16,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,48
1009	Clobetasolum	Dermovate, roztwór na skórę, 0.5 mg/ml (0,05%)	25 ml	05909997201375	2019-07-01	3 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	6,43	9,20	8,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,15
1010	Clomipraminum	Anafranil, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990294916	2019-01-01	3 lata	183.0, Leki przeciwdepresyjne - trójpierścieniowe	6,91	8,70	4,63	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	4,07
1011	Clomipraminum	Anafranil, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990295012	2019-01-01	3 lata	183.0, Leki przeciwdepresyjne - trójpierścieniowe	10,91	14,66	11,57	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	3,09
1012	Clomipraminum	Anafranil SR 75, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	20 szt.	05909990295111	2019-01-01	3 lata	183.0, Leki przeciwdepresyjne - trójpierścieniowe	17,17	23,14	23,14	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
1013	Clonazepamum	Clonazepamum TZF, tabl., 0.5 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990135615	2019-01-01	3 lata	158.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - benzodiazepiny	4,10	5,16	2,89	Padaczka		ryczałt	5,16
1014	Clonazepamum	Clonazepamum TZF, tabl., 2 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990135516	2019-01-01	3 lata	158.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - benzodiazepiny	8,10	11,56	11,56	Padaczka		ryczałt	3,20
1015	Clopamidum	Clopamid VP, tabl., 20 mg	20 szt. (1 blist.po 20 szt.)	05909990141012	2019-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	3,74	7,78	7,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,33
1016	Clopidogrelum	Agregex, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909991397005	2020-01-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	15,12	21,39	21,39	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%	6,42

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1017	Clopidogrelum	Agregex, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909991251949	2019-05-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	15,23	21,50	21,50	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%	6,45
1018	Clopidogrelum	Agregex, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909991271602	2017-03-01	5 lat	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	15,44	21,72	21,72	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%	6,52
1019	Clopidogrelum	Agregex, tabl. powl., 75 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990754748	2019-01-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	19,12	25,59	25,59	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%	7,68
1020	Clopidogrelum	Areplex, tabl. powl., 75 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991167011	2019-01-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	26,89	33,74	25,59	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%	15,83

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1021	Clopidogrelum	Clopidix, tabl. powl., 75 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990625826	2019-01-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	19,12	25,59	25,59	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%	7,68
1022	Clopidogrelum	Clopidogrel Apotex, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909990774401	2019-01-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	19,22	25,70	25,59	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%	7,79
1023	Clopidogrelum	Clopidogrel Bluefish, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909990768141	2021-01-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	14,53	20,77	20,77	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%	6,23
1024	Clopidogrelum	Clopidogrel KRKA, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909991029388	2018-05-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	17,17	23,54	23,54	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	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1025	Clopidogrelum	Grepid, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909990727667	2019-01-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	15,68	21,97	21,97	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%	6,59
1026	Clopidogrelum	Pegorel, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909990793730	2019-03-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	15,71	22,01	22,01	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%	6,60
1027	Clopidogrelum	Plavocorin, tabl. powl., 75 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990762729	2019-01-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	19,66	26,15	25,59	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%	8,24
1028	Clopidogrelum	Vixam, tabl., 75 mg	30 szt.	05909990866533	2019-05-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	20,51	27,27	27,27	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%	8,18

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1029	Clopidogrelum	Zyllt, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05903792743382	2020-01-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	14,15	20,37	20,37	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%	6,11
1030	Clopidogrelum	Zyllt, tabletki powlekane, 75 mg	28 szt.	05901878600475	2018-07-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	14,53	20,77	20,77	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%	6,23
1031	Clopidogrelum	Zyllt, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909991109219	2019-01-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	17,28	23,65	23,65	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%	7,10
1032	Clotrimazolum	Clotrimazolum GSK, tabl. dopochwowe, 100 mg	6 szt. (1 blist.po 6 szt.)	05909990363711	2019-01-01	3 lata	59.0, Leki antyseptyczne i dezynfekcyjne do stosowania dopochwowego - pochodne imidazolu o działaniu przeciwgrzybiczym	7,70	10,66	8,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,22
1033	Cloxacillinum	Syntarpen, tabl. powl., 500 mg	16 szt.	05909990295715	2019-01-01	3 lata	89.6, Penicyliny półsyntetyczne doustne - kloksacylina	26,78	34,84	34,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,42
1034	Clozapinum	Clopizam, tabl., 100 mg	100 tabl.	05909991327736	2019-03-01	3 lata	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	37,80	46,55	39,96	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	6,59

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1035	Clozapinum	Clopizam, tabl., 100 mg	50 szt.	05909991327705	2021-03-01	3 lata	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,35	24,71	19,98	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	4,73
1036	Clozapinum	Clopizam, tabl., 25 mg	50 szt.	05909991327606	2021-03-01	3 lata	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,84	6,53	4,99	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,54
1037	Clozapinum	Klozapol, tabl., 100 mg	50 tabl. (2 blist.po 25 szt.)	05909990139521	2019-01-01	3 lata	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,81	31,50	19,98	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	11,52
1038	Clozapinum	Klozapol, tabl., 25 mg	50 tabl. (2 blist.po 25 szt.)	05909990139422	2019-01-01	3 lata	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,72	11,66	4,99	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	6,67
1039	Clozapinum	Symcloza, tabl., 100 mg	50 szt.	05909991373443	2019-09-01	3 lata	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,88	24,22	19,98	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	4,24
1040	Clozapinum	Symcloza, tabl., 25 mg	50 szt.	05909991373382	2019-09-01	3 lata	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,72	6,41	4,99	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,42
1041	Colecalciferolum	Juvit D3, krople doustne, roztwór, 20000 j.m./ml	10 ml	05909991047818	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2021-03-01/<2>2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	18.2, Witamina D i jej metabolity - kolekalcyferol i kalcyfediol	4,86	7,13	7,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>przewlekła choroba nerek; <2>osteoporoza posterydowa - profilaktyka	ryczałt	3,20
1042	Colistinum	Colistin TZF, liofilizat do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, infuzji i inhalacji, 1000000 IU	20 fiol.	05909990366514	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	106.0, Antybiotyki peptydowe - kolistyna	324,00	361,21	361,21	Mukowiscydoza	<1>pierwotna dyskineza rzęsek; <2>zakażenia dolnych dróg oddechowych - profilaktyka u osób po przeszczepie płuc w przebiegu chorób innych niż mukowiscydoza; zakażenia dolnych dróg oddechowych - leczenie wspomagające w skojarzeniu z antybiotykoterapią dożylną u osób po przeszczepie płuc w przebiegu chorób innych niż mukowiscydoza	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1043	Collagenasum	Iruxol Mono, maść, 1.2 j./g	20 g	05909990015412	2019-01-01	3 lata	51.0, Enzymy stosowane w oczyszczaniu ran	31,54	40,59	40,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	20,30
1044	Corifollitropinum alfa	Elonva, roztwór do wstrzykiwań, 100 µg	1 amp.-strz. 0,5 ml	05909997077482	2020-01-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	1237,47	1346,97	1346,97	Kontrolowana hiperstymulacja jajników w skojarzeniu z antagonistą GnRH u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację 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
1045	Corifollitropinum alfa	Elonva, roztwór do wstrzykiwań, 150 µg	1 amp.-strz. 0,5 ml	05909997077499	2020-01-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	1237,47	1346,97	1346,97	Kontrolowana hiperstymulacja jajników w skojarzeniu z antagonistą GnRH u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację 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
1046	Cyanocobalaminum (vit. B12)	Vitaminum B12 WZF, roztwór do wstrzykiwań, 500 µg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990244010	2019-01-01	3 lata	26.0, Witamina B12 - cyjanokobalamina	5,67	8,24	8,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,47
1047	Cyclophosphamidum	Endoxan, tabl. drażowane, 50 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990240814	2019-03-01 - dla kolumny 12, <1>2019-05-01/<2>2019-07-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	117.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki alkilujące - cyklofosfamid	72,36	88,08	88,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne; amyloidoza; <2>zespół hemofagocytowy; zespół POEMS; małopłytkowość oporna na leczenie kortykosteroidami; anemia hemolityczna oporna na leczenie kortykosteroidami; <3>sarkoidoza; śródmiąższowe zapalenie płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL - z wyjątkiem idiopatycznego włóknienia płuc	ryczałt	3,20
1048	Cyclophosphamidum	Endoxan, tabl. drażowane, 50 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990240814	2019-03-01	3 lata	117.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki alkilujące - cyklofosfamid	72,36	88,08	88,08	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1049	Cyproteroni acetas	Androcur, tabl., 50 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	05909990657476	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	71.0, Hormony płciowe - antyandrogeny o budowie steroidowej	39,56	49,62	42,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	19,90
1050	Cyproteroni acetas	Androcur, tabl., 50 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990657483	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	71.0, Hormony płciowe - antyandrogeny o budowie steroidowej	88,56	106,14	106,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	31,84
1051	Cyproteronum + Ethinylestradiolum	Cyprodiol, tabl. powl., 2+0,035 mg	21 szt.	05909991039486	2018-07-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	7,88	10,47	7,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,36
1052	Cyproteronum + Ethinylestradiolum	Cyprodiol, tabl. powl., 2+0,035 mg	63 szt.	05909991039509	2018-07-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	23,65	29,73	21,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,39
1053	Cyproteronum + Ethinylestradiolum	Diane-35, tabl. powl., 2+0,035 mg	21 szt. (1 blist.po 21 szt.)	05909990222216	2019-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	9,72	12,41	7,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,30
1054	Cyproteronum + Ethinylestradiolum	Diane-35, tabl. powl., 2+0,035 mg	63 szt. (3 blist.po 21 szt.)	05909990222230	2019-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	29,16	35,52	21,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	20,18
1055	Cyproteronum + Ethinylestradiolum	OC-35, tabl. powl., 2+0,035 mg	21 szt. (1 blist.po 21 szt.)	05909990046171	2019-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	9,00	11,65	7,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,54
1056	Cyproteronum + Ethinylestradiolum	OC-35, tabl. powl., 2+0,035 mg	63 szt. (3 blist.po 21 szt.)	05909990046188	2019-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	26,78	33,02	21,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,68

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1057	Cyproteronum + Ethinylestradiolum	Syndi-35, tabl. drażowane, 2+0,035 mg	21 szt. (1 blist.po 21 szt.)	05909990037773	2019-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	9,29	11,95	7,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,84
1058	Cyproteronum + Ethinylestradiolum	Syndi-35, tabl. drażowane, 2+0,035 mg	63 szt. (3 blist.po 21 szt.)	05909990086788	2019-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	27,97	34,27	21,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	18,93
1059	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	<1>2020-09-01/<2>2020-11-01	2 lata	247.0, Szczepionki przeciw grypie	35,83	45,76	45,76	<1>Czynne uodpornienie osób powyżej 65 roku życia w zapobieganiu grypie wywołanej przez dwa podtypy wirusa grypy A oraz dwa typy wirusa grypy B, które zawarte są w szczepionce; <2>Profilaktyka grypy u kobiet w ciąży, u dzieci w wieku od ukończonego 24 miesiąca życia do ukończonego 60 miesiąca życia oraz u osób w wieku od 18. roku życia do 65. roku życia o zwiększonym ryzyku wystąpienia powikłań pogrypowych tj.: 1) po transplantacji narządów, 2) chorujących na niewydolność układu oddechowego, astmę oskrzelową, przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, niewydolność układu krążenia, chorobę wieńcową, niewydolność nerek, nawracający zespół nerczycowy, choroby wątroby, choroby metaboliczne (w tym cukrzycę), choroby neurologiczne i neurorozwojowe; 3) w stanach obniżonej odporności (w tym po przeszczepie tkanek i chorujących na nowotwory układu krwiotwórczego)		50%	22,88
1060	Dabigatranum etexilatum	Pradaxa, kaps. twarde, 110 mg	10 szt.	05909990641253	2021-03-01	3 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	38,34	45,21	20,08	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	28,33
1061	Dabigatranum etexilatum	Pradaxa, kaps. twarde, 110 mg	30 szt.	05909990641260	<1>2021-03-01/<2>2020-03-01	3 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	115,02	130,44	60,25	<1>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	73,39

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1062	Dabigatranum etexilatum	Pradaxa, kaps. twarde, 110 mg	30 szt.	05909990641260	<1>2021-03-01/<2>2020-03-01	3 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	115,02	130,44	60,25	<2>Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia		30%	88,27
1063	Dabigatranum etexilatum	Pradaxa, kaps. twarde, 150 mg	30 szt.	05909990887453	2020-03-01	3 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	115,02	132,32	82,14	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%	74,82
1064	Dabigatranum etexilatum	Pradaxa, kaps. twarde, 75 mg	30 szt.	05909990641222	2021-03-01	3 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	115,02	128,56	41,08	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	90,68

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1065	Dalteparinum natricum	Fragmin, roztwór do wstrzykiwań, 10000 j.m. (anty-Xa)/0,4 ml	5 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990958818	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	82,95	98,49	80,33	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 - 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	21,36

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1066	Dalteparinum natricum	Fragmin, roztwór do wstrzykiwań, 12500 j.m. (anty-Xa)/0,5 ml	5 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990949519	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	113,38	131,86	100,41	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 - 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	34,65

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1067	Dalteparinum natricum	Fragmin, roztwór do wstrzykiwań, 15000 j.m. (anty-Xa)/0,6 ml	5 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990949618	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	137,89	158,45	120,50	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 - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	41,15

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1068	Dalteparinum natricum	Fragmin, roztwór do wstrzykiwań, 18000 j.m. (anty-Xa)/0,72 ml	5 amp.-strz z igłą po 0,72 ml	05909990949717	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	156,11	178,62	144,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży - 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	37,87

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1069	Dalteparinum natricum	Fragmin, roztwór do wstrzykiwań, 2500 j.m. (anty-Xa)/0,2 ml	10 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990776412	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	44,38	54,27	40,17	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 - 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	17,30

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1070	Dalteparinum natricum	Fragmin, roztwór do wstrzykiwań, 5000 j.m. (anty-Xa)/0,2 ml	10 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990776511	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	92,01	108,00	80,33	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 - 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	30,87

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1071	Dalteparinum natricum	Fragmin, roztwór do wstrzykiwań, 7500 j.m. (anty-Xa)/0,3 ml	10 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990949410	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	137,89	158,45	120,50	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 - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	41,15
1072	Danazolum	Danazol Polfarmex, tabl., 200 mg	100 szt. (1 poj.po 100 szt)	05909990925339	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	73.0, Hormony płciowe - antygonadotropiny - danazol	162,00	186,85	186,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	małopłytkowość autoimmunizacyjna oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny	ryczałt	3,56

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1073	Dapagliflozinum	Forxiga, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990975884	2019-11-01	2 lata	251.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - flozyny	153,90	178,14	178,14	Cukrzyca typu 2, u pacjentów przed włączeniem insuliny, leczonych co najmniej dwoma doustnymi lekami hipoglikemizującymi od co najmniej 6 miesięcy, z HbA1c ≥ 8 % oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1)potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2)uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3) obecność 3 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek ≥ 55 lat dla mężczyzn, ≥60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu, -otyłość		30%	53,44
1074	Degareliks	Firmagon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 120 mg	2 fiol. z prosz. i 2 fiol. z rozp.	05909990774869	2019-09-01	3 lata	237.0, Leki przeciwnowotworowe - antagoniści hormonów i leki zbliżone - degareliks	1496,29	1619,24	1619,24	Zaawansowany hormonozależny rak gruczołu krokowego		ryczałt	9,48
1075	Degareliks	Firmagon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 80 mg	1 fiol. z prosz. i 1 amp-strz. rozp.	05909990774852	2019-09-01	3 lata	237.0, Leki przeciwnowotworowe - antagoniści hormonów i leki zbliżone - degareliks	498,71	549,24	549,24	Zaawansowany hormonozależny rak gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1076	Denosumabum	Prolia, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/1 ml	1 amp.-strz.po 1 ml	05909990761647	2019-11-01	1 rok 6 miesięcy	231.0, Leki stosowane w chorobach kości - przeciwciała monoklonalne - denosumab	756,21	826,37	826,37	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%	247,91
1077	Desloratadinum	Dasselta, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991032838	2018-05-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,88	16,04	13,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,83
1078	Desloratadinum	Dasselta, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991032852	2018-05-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	35,64	44,58	39,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	16,95

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1079	Desloratadinum	Delortan, roztwór doustny, 0.5 mg/ml	1 but.po 150 ml	05909990969371	2020-09-01	3 lata	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	11,65	15,75	13,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,46
1080	Desloratadinum	Delortan, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990969654	2019-01-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,91	12,93	12,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,88
1081	Desloratadinum	Delortan, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990969678	2020-09-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	26,63	35,12	35,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,54
1082	Desloratadinum	Deslodyna, roztwór doustny, 0.5 mg/ml	1 but.po 150 ml	05909990964574	2018-05-01	3 lata	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	13,39	17,58	13,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,29
1083	Desloratadinum	Deslodyna, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990964611	2018-05-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,12	15,24	13,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,03
1084	Desloratadinum	Desloratadine Aurovitas, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991359454	2019-09-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,56	11,51	11,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,45
1085	Desloratadinum	Desloratadine Aurovitas, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	08901175035427	2019-09-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,53	21,92	21,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,58
1086	Desloratadinum	Desloratadine Aurovitas, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991359478	2019-09-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,27	31,59	31,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,48
1087	Desloratadinum	Dynid, roztwór doustny, 0.5 mg/ml	150 ml	05909990975921	2019-01-01	3 lata	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	11,66	15,76	13,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,47
1088	Desloratadinum	Dynid, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990979981	2019-01-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,72	13,78	13,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,57

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1089	Desloratadinum	Dynid, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05902020241669	2019-09-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,82	24,32	24,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,30
1090	Desloratadinum	Hitaxa, roztwór doustny, 0.5 mg/ml	1 but.po 150 ml	05909990981458	2021-03-01	3 lata	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	15,55	19,85	13,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,56
1091	Desloratadinum	Hitaxa, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2.5 mg	30 szt.	05909990981359	2021-03-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,40	9,83	6,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,22
1092	Desloratadinum	Hitaxa, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	30 szt.	05909990981373	2021-03-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,56	18,86	13,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,65
1093	Desloratadinum	Jovesto, roztwór doustny, 0.5 mg/ml	1 but.po 150 ml	05909990994465	2018-05-01	3 lata	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	11,88	15,99	13,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,70
1094	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909990994533	2018-05-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,71	26,31	26,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,89
1095	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990994540	2020-11-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	27,81	36,36	36,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,91
1096	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 120 µg	30 szt.	05909990068548	<1>2019-01-01/<2>2019-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny	150,85	174,81	174,81	<1>Moczówka prosta przysadkowa		ryczałt	3,20
1097	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 120 µg	30 szt.	05909990068548	<1>2019-01-01/<2>2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	<1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny	150,85	174,81	174,81	<2>Pierwotne izolowane moczenie nocne u pacjentów powyżej 6 roku życia z prawidłową zdolnością zagęszczania moczu po udokumentowaniu nieskuteczności 1-miesięcznego postępowania wspomagającego i motywującego	pierwotne izolowane moczenie nocne u pacjentów pomiędzy 5-6 rokiem życia z prawidłową zdolnością zagęszczania moczu po udokumentowaniu nieskuteczności 1-miesięcznego postępowania wspomagającego i motywującego	30%	52,44
1098	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 240 µg	30 szt.	05909990068579	2019-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny	301,92	337,44	337,44	<1>Moczówka prosta przysadkowa		ryczałt	6,40

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1099	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 240 µg	30 szt.	05909990068579	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	<1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny	301,92	337,44	337,44	<2>Pierwotne izolowane moczenie nocne u pacjentów powyżej 6 roku życia z prawidłową zdolnością zagęszczania moczu po udokumentowaniu nieskuteczności 1-miesięcznego postępowania wspomagającego i motywującego	pierwotne izolowane moczenie nocne u pacjentów pomiędzy 5-6 rokiem życia z prawidłową zdolnością zagęszczania moczu po udokumentowaniu nieskuteczności 1-miesięcznego postępowania wspomagającego i motywującego	30%	101,23
1100	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 60 µg	30 szt.	05909990068494	<1>2019-01-01/<2>2019-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny	75,46	91,65	87,41	<1>Moczówka prosta przysadkowa		ryczałt	7,44
1101	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 60 µg	30 szt.	05909990068494	<1>2019-01-01/<2>2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	<1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny	75,46	91,65	87,41	<2>Pierwotne izolowane moczenie nocne u pacjentów powyżej 6 roku życia z prawidłową zdolnością zagęszczania moczu po udokumentowaniu nieskuteczności 1-miesięcznego postępowania wspomagającego i motywującego	pierwotne izolowane moczenie nocne u pacjentów pomiędzy 5-6 rokiem życia z prawidłową zdolnością zagęszczania moczu po udokumentowaniu nieskuteczności 1-miesięcznego postępowania wspomagającego i motywującego	30%	30,46
1102	Dexamethasonum	Demezon, tabl., 1 mg	40 szt.	05909991389178	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	23,22	30,86	29,99	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	4,07
1103	Dexamethasonum	Demezon, tabl., 4 mg	20 szt.	05909991389208	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	46,44	58,57	58,57	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
1104	Dexamethasonum	Dexamethasone Krka, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991397524	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	234,36	265,21	265,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	28,44
1105	Dexamethasonum	Dexamethasone Krka, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991397258	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	241,92	273,15	273,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	28,44

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1106	Dexamethasonum	Dexamethasone Krka, tabl., 4 mg	20 szt.	05909991393984	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	46,98	59,14	59,14	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
1107	Dexamethasonum	Dexamethasone Krka, tabl., 4 mg	20 szt.	05909991397319	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	48,38	60,61	59,97	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	6,33
1108	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991297763	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	252,72	284,49	284,49	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
1109	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 4 mg	20 szt.	05909991297480	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	50,54	62,88	59,97	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	8,60
1110	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 40 mg	20 szt.	05909991297879	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	502,20	553,08	553,08	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
1111	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 8 mg	20 szt.	05909991297633	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	101,09	119,95	119,95	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
1112	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 1 mg	20 szt.	05904374007854	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	16,96	21,96	14,99	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	10,17

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1113	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 1 mg	20 szt.	05909990170517	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	17,05	22,05	14,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	10,26
1114	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 500 µg	20 szt.	05904374007861	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	8,48	11,39	7,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	7,09
1115	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 500 µg	20 szt.	05909990170418	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	8,52	11,44	7,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	7,14
1116	Diazepamum	Relanium, zawiesina doustna, 2 mg/5 ml	100 g	05909990264018	2019-01-01	3 lata	181.2, Leki przeciwlękowe - diazepam do podawania doustnego	5,40	7,87	7,87	Padaczka		ryczałt	3,20
1117	Diazepamum	Relsed, mikrowlewka doodbytnicza, roztwór, 2 mg/ml	5 wlew.a 2,5 ml	05909990751518	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	181.1, Leki przeciwlękowe - diazepam do podawania doodbytniczego (wlewki)	16,09	20,32	12,45	Padaczka	drgawki inne niż określone w ChPL	ryczałt	11,07
1118	Diazepamum	Relsed, mikrowlewka doodbytnicza, roztwór, 4 mg/ml	5 wlew.a 2,5 ml	05909990751617	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	181.1, Leki przeciwlękowe - diazepam do podawania doodbytniczego (wlewki)	18,58	24,90	24,90	Padaczka	drgawki inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
1119	Diclofenacum	Diclac, roztwór do wstrzykiwań domięśniowych, 75 mg/3 ml	10 amp.po 3 ml	05909990753024	2019-01-01	3 lata	141.3, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania pozajelitowego	11,50	16,01	16,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,01
1120	Diclofenacum	Diclac, roztwór do wstrzykiwań domięśniowych, 75 mg/3 ml	5 amp.po 3 ml	05909990753017	2019-01-01	3 lata	141.3, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania pozajelitowego	5,72	8,31	8,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,31
1121	Diclofenacum	Dicloabak, krople do oczu, roztwór, 1 mg/ml	10 ml (but.)	05909990074044	2019-01-01	3 lata	210.0, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania do oczu - diklofenak	15,12	20,56	20,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1122	Diclofenacum	DicloDuo, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 75 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990752010	2019-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	10,96	14,53	11,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,79
1123	Diclofenacum	Difadol 0,1%, krople do oczu, roztwór, 1 mg/ml	5 ml (but.)	05909991026516	2019-01-01	3 lata	210.0, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania do oczu - diklofenak	8,53	11,84	10,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,76
1124	Diclofenacum	Naclof, krople do oczu, roztwór, 1 mg/ml	5 ml (but.)	05909990145317	2019-01-01	3 lata	210.0, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania do oczu - diklofenak	7,51	10,77	10,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,69
1125	Diclofenacum	Naklofen, roztwór do wstrzykiwań, 25 mg/ml	5 amp.po 3 ml	05909990241910	2019-01-01	3 lata	141.3, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania pozajelitowego	5,78	8,38	8,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,38
1126	Diclofenacum	Naklofen Duo, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 75 mg	20 szt.	05909990487714	2019-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	6,70	9,22	7,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,39
1127	Diclofenacum	Olfen 75 SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990974122	2019-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	11,45	15,04	11,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,30
1128	Diclofenacum	Olfen Uno, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 150 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990457120	2019-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	16,96	22,67	22,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,34
1129	Diclofenacum	Olfen UNO, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 150 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990457137	2019-11-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	22,68	31,35	31,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,68

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1130	Diclofenacum + Lidocainum	Dicloratio, roztwór do wstrzykiwań, (75+20) mg/2 ml	3 szt.	05909990413829	2019-01-01	3 lata	141.3, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania pozajelitowego	3,65	5,28	4,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	2,88
1131	Diclofenacum + Lidocainum	Olfen 75, roztwór do wstrzykiwań, (37,5+10) mg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990161119	2019-01-01	3 lata	141.3, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania pozajelitowego	10,80	13,65	8,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,65
1132	Diclofenacum natricum	Majamil prolongatum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	20 szt.	05909990033614	2019-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	5,13	8,13	8,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,07
1133	Dienogest	Diemono, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	05909991405120	2020-01-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	32,10	40,97	39,01	Endometrioza		ryczałt	5,16
1134	Dienogestum	Endofemine, tabl., 2 mg	28 szt.	05901797710804	2020-09-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	30,24	39,01	39,01	Endometrioza		ryczałt	3,20
1135	Dienogestum	Endovelle, tabl., 2 mg	28 szt.	05909991398569	2020-03-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	30,78	39,58	39,01	Endometrioza		ryczałt	3,77
1136	Dienogestum	Endovelle, tabl., 2 mg	84 szt.	05909991398576	2020-03-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	92,34	110,22	110,22	Endometrioza		ryczałt	8,96
1137	Dienogestum	Probella, tabl., 2 mg	28 szt.	05909991396978	2020-09-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	32,07	40,93	39,01	Endometrioza		ryczałt	5,12
1138	Dienogestum	Symdieno, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	05909991392871	2020-03-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	30,24	39,01	39,01	Endometrioza		ryczałt	3,20
1139	Dienogestum	Visanne, tabl., 2 mg	28 szt.	05909990776962	2019-11-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	110,97	123,78	39,01	Endometrioza		ryczałt	87,97
1140	Dienogestum	Zafrilla, tabl., 2 mg	28 szt.	05907594032552	2020-09-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	27,97	36,63	36,63	Endometrioza		ryczałt	3,20
1141	Dihydrocodeinum	DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909990217045	2019-01-01	3 lata	150.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - dihydrokodeina	33,71	43,21	43,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,96
1142	Dihydrocodeinum	DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909990217045	2019-01-01	3 lata	150.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - dihydrokodeina	33,71	43,21	43,21	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
1143	Dihydrocodeinum	DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 90 mg	60 szt.	05909990217069	2019-01-01	3 lata	150.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - dihydrokodeina	55,37	67,95	64,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	22,58
1144	Dihydrocodeinum	DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 90 mg	60 szt.	05909990217069	2019-01-01	3 lata	150.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - dihydrokodeina	55,37	67,95	64,82	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	3,13
1145	Diltiazemum	Dilzem 120 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 120 mg	30 tabl.	05909990482917	2019-01-01	3 lata	43.0, Antagoniści wapnia - pochodne benzotiazepiny - diltiazem	7,99	11,23	10,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,78

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1146	Diltiazemum	Dilzem 180 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 180 mg	30 tabl.	05909990483310	2019-01-01	3 lata	43.0, Antagoniści wapnia - pochodne benzotiazepiny - diltiazem	11,87	16,30	15,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,52
1147	Diltiazemum	Dilzem retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 90 mg	30 tabl.	05909990213214	2019-01-01	3 lata	43.0, Antagoniści wapnia - pochodne benzotiazepiny - diltiazem	7,02	9,63	7,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,84
1148	Diltiazemum	Oxycardil 120, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 120 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990112616	2019-01-01	3 lata	43.0, Antagoniści wapnia - pochodne benzotiazepiny - diltiazem	7,86	11,09	10,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,64
1149	Diltiazemum	Oxycardil 180, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 180 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990416318	2019-01-01	3 lata	43.0, Antagoniści wapnia - pochodne benzotiazepiny - diltiazem	11,79	16,22	15,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,44
1150	Diltiazemum	Oxycardil 60, tabl. powl., 60 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990121120	2019-01-01	3 lata	43.0, Antagoniści wapnia - pochodne benzotiazepiny - diltiazem	7,44	10,65	10,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1151	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	2019-01-01	3 lata	146.2, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas pamidronowy	216,11	245,09	240,81	Nowotwory złośliwe - Przerzuty osteolityczne w chorobach nowotworowych		ryczałt	7,48
1152	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	2019-01-01	3 lata	146.2, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas pamidronowy	216,11	245,09	240,81	Nowotwory złośliwe - Przerzuty osteolityczne w chorobach nowotworowych		ryczałt	7,48
1153	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	2019-01-01	3 lata	146.2, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas pamidronowy	324,00	361,21	361,21	Nowotwory złośliwe - Przerzuty osteolityczne w chorobach nowotworowych		ryczałt	3,20
1154	Donepezil hydrochloride	Cogiton 10, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909991024420	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	58,59	71,92	71,92	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	21,58
1155	Donepezil hydrochloride	Cogiton 10, tabl. powl., 10 mg	84 szt.	05907695215380	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	87,88	105,20	105,20	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	31,56
1156	Donepezili hydrochloridum	Donecept, tabletki powlekane, 10 mg	28 tabl.	05909991344481	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2018-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	19,98	27,90	27,90	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	8,37

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1157	Donepezili hydrochloridum	Donectil, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990683666	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	28,08	36,40	36,40	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	10,92
1158	Donepezili hydrochloridum	Donectil, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990683581	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	15,12	20,33	18,20	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	7,59
1159	Donepezili hydrochloridum	Donepezil Polfarmex, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990877669	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	30,20	38,63	36,40	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	13,15
1160	Donepezili hydrochloridum	Donepezil Polfarmex, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990877553	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	15,40	20,62	18,20	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	7,88
1161	Donepezili hydrochloridum	Memorion, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991403560	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	24,73	32,89	32,89	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	9,87
1162	Donepezili hydrochloridum	Memorion, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991398842	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	12,64	17,72	17,72	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	5,32
1163	Donepezili hydrochloridum	Symepezil, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991275778	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	27,00	35,27	35,27	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	10,58

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1164	Donepezili hydrochloridum	Symepezil, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991275747	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	13,50	18,63	18,20	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	5,89
1165	Donepezilum	Apo-Doperil, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990770045	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	30,02	38,45	36,40	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	12,97
1166	Donepezilum	Apo-Doperil, tabl. powl., 10 mg	98 szt.	05902020661474	2017-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	75,06	92,47	92,47	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	27,74
1167	Donepezilum	Apo-Doperil, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990770038	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	19,60	25,03	18,20	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	12,29
1168	Donepezilum	Cogiton 10, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991024413	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	34,34	42,98	36,40	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	17,50
1169	Donepezilum	Cogiton 5, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991024314	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	19,87	25,30	18,20	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	12,56
1170	Donepezilum	Donecept, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990689873	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	30,46	38,90	36,40	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	13,42

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1171	Donepezilum	Donecept, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990689781	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	14,85	20,05	18,20	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	7,31
1172	Donepezilum	Donectil ODT, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	30 szt.	05909990851492	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	30,74	39,52	39,00	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	12,22
1173	Donepezilum	Donepex, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991056018	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	28,08	36,40	36,40	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	10,92
1174	Donepezilum	Donepex, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991055912	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	14,04	19,19	18,20	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	6,45
1175	Donepezilum	Donepezil Bluefish, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990814138	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	18,79	26,65	26,65	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	8,00
1176	Donepezilum	Donepezil Bluefish, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990814077	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	9,40	14,32	14,32	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	4,30
1177	Donepezilum	Doneprion, tabl. powl., 10 mg	28 tabl.	05909990776900	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	27,00	35,27	35,27	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	10,58

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1178	Donepezilum	Doneprion, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990776870	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	15,12	20,33	18,20	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	7,59
1179	Donepezilum	Donesyn, tabl. powl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990657360	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	29,12	37,49	36,40	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	12,01
1180	Donepezilum	Donesyn, tabl. powl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990657353	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	15,12	20,33	18,20	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	7,59
1181	Donepezilum	Pamigen, tabl. powl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990726936	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	29,16	37,54	36,40	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	12,06
1182	Donepezilum	Pamigen, tabl. powl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990726929	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	14,58	19,76	18,20	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	7,02
1183	Donepezilum	Ricordo, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990798940	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	30,46	38,90	36,40	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	13,42
1184	Donepezilum	Ricordo, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990798933	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	21,49	27,01	18,20	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	14,27

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1185	Donepezilum	Yasnal, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990993314	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	29,70	38,11	36,40	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	12,63
1186	Donepezilum	Yasnal, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990993215	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	20,09	25,54	18,20	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	12,80
1187	Donepezilum	Yasnal Q-Tab, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990850204	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	29,70	38,11	36,40	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	12,63
1188	Donepezilum	Yasnal Q-Tab, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990850075	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	20,09	25,54	18,20	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	12,80
1189	Dornasum alfa	Pulmozyme, roztwór do nebulizacji, 1 mg/ml	30 amp.a 2,5 ml	05909990375813	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	205.2, Leki mukolityczne - dornaza alfa	2374,92	2553,34	2553,34	Mukowiscydoza	pierwotna dyskineza rzęsek	ryczałt	3,20
1190	Dorzolamidum	Dorzolamid STADA, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990880591	2018-11-01	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	14,30	19,19	15,67	Jaskra		ryczałt	6,72

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1191	Dorzolamidum	Dorzoma Mono, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909991234904	2019-05-01	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	14,26	19,14	15,67	Jaskra		ryczałt	6,67
1192	Dorzolamidum	Dropzol, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.	05909990838325	2019-03-01	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	14,90	19,82	15,67	Jaskra		ryczałt	7,35
1193	Dorzolamidum	Nodofree, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 butelka 5 ml	05909991344306	2021-03-01	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	14,29	19,17	15,67	Jaskra		ryczałt	6,70
1194	Dorzolamidum	Nodofree, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 butelki 5 ml	05909991344313	2021-03-01	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	42,91	53,56	47,00	Jaskra		ryczałt	11,89
1195	Dorzolamidum	Nodom, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990942855	2019-09-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	17,17	22,20	15,67	Jaskra		ryczałt	9,73

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1196	Dorzolamidum	Nodom, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 butelki po 5 ml	05900257101015	2017-07-01	5 lat	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	42,92	53,57	47,00	Jaskra		ryczałt	11,90
1197	Dorzolamidum	Rozalin, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990643929	2019-01-01	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	18,79	23,90	15,67	Jaskra		ryczałt	11,43
1198	Dorzolamidum	Rozalin, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 x 5 ml	05906414000962	2019-03-01	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	44,28	54,99	47,00	Jaskra		ryczałt	13,32
1199	Dorzolamidum	Trusopt, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990661329	2019-01-01	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	16,16	21,14	15,67	Jaskra		ryczałt	8,67
1200	Dorzolamidum	Vizidor, krople do oczu, 20 mg/ml	1 butelka po 5 ml	05909991310936	2021-03-01	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	14,26	19,14	15,67	Jaskra		ryczałt	6,67

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1201	Dorzolamidum	Vizidor, krople do oczu, 20 mg/ml	3 butelki po 5 ml	05909991310943	2021-03-01	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	42,77	53,41	47,00	Jaskra		ryczałt	11,74
1202	Dorzolamidum + Timololum	Cosopt, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990442423	2019-01-01	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	25,53	32,31	23,50	Jaskra		ryczałt	12,01
1203	Dorzolamidum + Timololum	Dropzol Tim, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990898305	2018-11-01	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	18,99	25,44	23,50	Jaskra		ryczałt	5,14
1204	Dorzolamidum + Timololum	Nodofree Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991340674	2021-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	18,99	25,44	23,50	Jaskra		ryczałt	5,14
1205	Dorzolamidum + Timololum	Nodofree Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991340681	2021-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	56,96	70,31	70,31	Jaskra		ryczałt	8,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1206	Dorzolamidum + Timololum	Nodom Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909991067267	2019-03-01	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	22,68	29,31	23,50	Jaskra		ryczałt	9,01
1207	Dorzolamidum + Timololum	Nodom Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but.po 5 ml	05909991067274	2019-05-01	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	57,15	70,50	70,50	Jaskra		ryczałt	8,00
1208	Dorzolamidum + Timololum	Oftidorix, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	5 ml	05909990866144	2019-09-01	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	19,12	25,58	23,50	Jaskra		ryczałt	5,28
1209	Dorzolamidum + Timololum	Rozacom, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990746705	2019-01-01	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	30,32	23,50	Jaskra		ryczałt	10,02
1210	Dorzolamidum + Timololum	Rozacom, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 x 5 ml w butelce	05906414000955	2019-03-01	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	57,15	70,50	70,50	Jaskra		ryczałt	8,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1211	Dorzolamidum + Timololum	Vizidor Duo, krople do oczu, 20 + 5 mg/ml	1 butelka po 5 ml	05909991311049	2021-03-01	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	18,96	25,42	23,50	Jaskra		ryczałt	5,12
1212	Dorzolamidum + Timololum	Vizidor Duo, krople do oczu, 20 + 5 mg/ml	3 butelki po 5 ml	05909991311056	2021-03-01	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	56,89	70,23	70,23	Jaskra		ryczałt	8,00
1213	Doxazosini mesilas	Doxazosin Aurovitas, tabletki, 2 mg	30 szt.	05909991305291	2019-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	4,97	8,56	8,56	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1214	Doxazosini mesilas	Doxazosin Aurovitas, tabletki, 2 mg	30 szt.	05909991305291	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	4,97	8,56	8,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	2,57
1215	Doxazosini mesilas	Doxazosin Aurovitas, tabletki, 4 mg	30 szt.	05909991305420	2019-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,94	15,72	15,72	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1216	Doxazosini mesilas	Doxazosin Aurovitas, tabletki, 4 mg	30 szt.	05909991305420	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,94	15,72	15,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	4,72
1217	Doxazosinum	Adadox, tabletki, 2 mg	30 tabl.	05909990901890	2017-07-01	5 lat	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	5,67	9,29	9,29	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1218	Doxazosinum	Adadox, tabletki, 2 mg	30 tabl.	05909990901890	2017-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	5,67	9,29	9,29	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%	2,79
1219	Doxazosinum	Adadox, tabletki, 4 mg	30 tabl.	05909990902255	2017-07-01	5 lat	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	11,34	17,19	17,19	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1220	Doxazosinum	Adadox, tabletki, 4 mg	30 tabl.	05909990902255	2017-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	11,34	17,19	17,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	5,16
1221	Doxazosinum	Adadox, tabletki, 4 mg	90 tabl.	05909990902293	2017-07-01	5 lat	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	34,02	45,89	45,89	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
1222	Doxazosinum	Adadox, tabletki, 4 mg	90 tabl.	05909990902293	2017-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	34,02	45,89	45,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	13,77
1223	Doxazosinum	Apo-Doxan 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990969517	2019-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	10,56	12,98	5,57	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	10,61
1224	Doxazosinum	Apo-Doxan 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990969517	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	10,56	12,98	5,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	9,08
1225	Doxazosinum	Apo-Doxan 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990969616	2019-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,20	20,35	11,14	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	12,41

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1226	Doxazosinum	Apo-Doxan 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990969616	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,20	20,35	11,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	12,55
1227	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990969715	2019-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	20,95	27,28	22,29	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	8,19
1228	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990969715	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	20,95	27,28	22,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	11,68
1229	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg	60 szt.	05909991271367	2019-11-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	36,12	46,10	44,57	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,93
1230	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg	60 szt.	05909991271367	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	36,12	46,10	44,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	14,90
1231	Doxazosinum	Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	30 tabl.	05909990431410	2019-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	19,66	25,92	22,29	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,83
1232	Doxazosinum	Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	30 tabl.	05909990431410	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	19,66	25,92	22,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	10,32
1233	Doxazosinum	Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 8 mg	30 szt.	05909990431519	2019-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	44,42	54,82	44,57	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	16,65

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1234	Doxazosinum	Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 8 mg	30 szt.	05909990431519	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	44,42	54,82	44,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	23,62
1235	Doxazosinum	Doxagen, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990037957	2019-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	18,14	24,33	22,29	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	5,24
1236	Doxazosinum	Doxagen, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990037957	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	18,14	24,33	22,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	8,73
1237	Doxazosinum	Doxalong / Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990790951	2019-03-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	19,12	25,36	22,29	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,27
1238	Doxazosinum	Doxalong / Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990790951	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	19,12	25,36	22,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	9,76
1239	Doxazosinum	Doxalong / Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	90 szt.	05909990884582	2019-09-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	57,35	70,39	66,86	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	13,13
1240	Doxazosinum	Doxalong / Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	90 szt.	05909990884582	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	57,35	70,39	66,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	23,59
1241	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 1 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990854318	2019-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	11,88	14,36	5,57	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,99

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1242	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 1 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990854318	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	11,88	14,36	5,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	10,46
1243	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 2 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990854417	2019-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	14,95	19,04	11,14	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,10
1244	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 2 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990854417	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	14,95	19,04	11,14	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%	11,24
1245	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990854516	2019-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	18,79	25,01	22,29	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	5,92
1246	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990854516	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	18,79	25,01	22,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	9,41
1247	Doxazosinum	Doxar, tabl., 1 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990484911	2019-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	12,85	15,38	5,57	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	13,01
1248	Doxazosinum	Doxar, tabl., 1 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990484911	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	12,85	15,38	5,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	11,48
1249	Doxazosinum	Doxar, tabl., 2 mg	28 szt.	05909991276492	2019-11-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	5,18	8,59	8,59	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1250	Doxazosinum	Doxar, tabl., 2 mg	28 szt.	05909991276492	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	5,18	8,59	8,59	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%	2,58
1251	Doxazosinum	Doxar, tabl., 2 mg	28 szt.	05909991298043	2017-03-01	5 lat	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	5,35	8,77	8,77	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1252	Doxazosinum	Doxar, tabl., 2 mg	28 szt.	05909991298043	2017-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	5,35	8,77	8,77	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%	2,63
1253	Doxazosinum	Doxar, tabl., 2 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990485017	2019-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,82	22,05	11,14	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	14,11
1254	Doxazosinum	Doxar, tabl., 2 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990485017	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,82	22,05	11,14	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%	14,25
1255	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	120 tabl.	05908289660289	2018-07-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	62,64	77,83	77,83	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	12,80
1256	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	120 tabl.	05908289660289	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	62,64	77,83	77,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	23,35
1257	Doxazosinum	Doxar, tabletki, 4 mg	28 szt.	05909991376475	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,27	14,76	14,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	4,43

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1258	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	28 szt.	05909991276508	2019-11-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	10,37	15,92	15,92	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1259	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	28 szt.	05909991276508	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	10,37	15,92	15,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	4,78
1260	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	28 szt.	05909991298050	2017-03-01	5 lat	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	10,69	16,25	16,25	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1261	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	28 szt.	05909991298050	2017-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	10,69	16,25	16,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	4,88
1262	Doxazosinum	Doxar, tabletki, 4 mg	28 tabl.	05909991325626	2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,72	15,24	15,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	4,57
1263	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990485116	2019-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	18,47	24,67	22,29	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	5,58
1264	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990485116	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	18,47	24,67	22,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	9,07
1265	Doxazosinum	Doxazosin Genoptim, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991288945	2021-03-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	10,26	16,05	16,05	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1266	Doxazosinum	Doxazosin Genoptim, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991288945	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	10,26	16,05	16,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	4,82
1267	Doxazosinum	Doxazosin XR Genoptim, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990066797	2019-11-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,89	15,66	15,66	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1268	Doxazosinum	Doxazosin XR Genoptim, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990066797	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,89	15,66	15,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	4,70
1269	Doxazosinum	Doxonex, tabl., 2 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991149611	2019-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	13,92	17,96	11,14	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	10,02
1270	Doxazosinum	Doxonex, tabl., 2 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991149611	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	13,92	17,96	11,14	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%	10,16
1271	Doxazosinum	Doxonex, tabl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991149710	2019-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	21,48	27,83	22,29	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	8,74
1272	Doxazosinum	Doxonex, tabl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991149710	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	21,48	27,83	22,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	12,23
1273	Doxazosinum	Doxorion, tabletki, 2 mg	30 szt.	05909991320737	2017-09-01	5 lat	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	5,67	9,29	9,29	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1274	Doxazosinum	Doxorion, tabletki, 2 mg	30 szt.	05909991320737	2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	5,67	9,29	9,29	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%	2,79
1275	Doxazosinum	Doxorion, tabletki, 4 mg	30 szt.	05909991320751	2017-09-01	5 lat	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	11,34	17,19	17,19	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1276	Doxazosinum	Doxorion, tabletki, 4 mg	30 szt.	05909991320751	2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	11,34	17,19	17,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	5,16
1277	Doxazosinum	Dozox, tabl., 4 mg	30 tabl.	05901720140005	2019-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	18,36	24,56	22,29	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	5,47
1278	Doxazosinum	Dozox, tabl., 4 mg	30 tabl.	05901720140005	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	18,36	24,56	22,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	8,96
1279	Doxazosinum	Dozox, tabl., 4 mg	90 tabl.	05901720140012	2019-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	54,43	67,32	66,86	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	10,06
1280	Doxazosinum	Dozox, tabl., 4 mg	90 tabl.	05901720140012	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	54,43	67,32	66,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	20,52
1281	Doxazosinum	Kamiren, tabl., 2 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990491315	2019-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	13,93	17,97	11,14	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	10,03

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1282	Doxazosinum	Kamiren, tabl., 2 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990491315	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	13,93	17,97	11,14	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%	10,17
1283	Doxazosinum	Kamiren, tabl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990491414	2019-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	19,66	25,92	22,29	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,83
1284	Doxazosinum	Kamiren, tabl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990491414	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	19,66	25,92	22,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	10,32
1285	Doxazosinum	Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990022571	2019-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	19,66	25,92	22,29	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,83
1286	Doxazosinum	Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990022571	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	19,66	25,92	22,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	10,32
1287	Doxazosinum	Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	60 szt.	05909991013820	2018-05-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	38,02	48,09	44,57	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,92
1288	Doxazosinum	Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	60 szt.	05909991013820	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	38,02	48,09	44,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	16,89
1289	Doxazosinum	Zoxon 1, tabl., 1 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990903320	2019-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	10,80	13,23	5,57	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	10,86

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1290	Doxazosinum	Zoxon 1, tabl., 1 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990903320	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	10,80	13,23	5,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	9,33
1291	Doxazosinum	Zoxon 2, tabl., 2 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990903429	2019-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,65	20,83	11,14	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	12,89
1292	Doxazosinum	Zoxon 2, tabl., 2 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990903429	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,65	20,83	11,14	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%	13,03
1293	Doxazosinum	Zoxon 4, tabl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990903511	2019-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	18,36	24,56	22,29	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	5,47
1294	Doxazosinum	Zoxon 4, tabl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990903511	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	18,36	24,56	22,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	8,96
1295	Doxazosinum	Zoxon 4, tabl., 4 mg	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	05909990080267	2019-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	59,71	72,87	66,86	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	15,61
1296	Doxazosinum	Zoxon 4, tabl., 4 mg	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	05909990080267	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	59,71	72,87	66,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	26,07
1297	Doxycyclinum	Doxycyclinum Polfarmex, kaps. twarde, 100 mg	10 szt.	05909991330576	2018-05-01	3 lata	87.0, Antybiotyki tetracyklinowe - doksycyklina	5,67	8,24	8,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,12
1298	Doxycyclinum	Doxycyclinum TZF, kaps. twarde, 100 mg	10 szt. (2 szt.po 5 szt.)	05909990072316	2019-01-01	3 lata	87.0, Antybiotyki tetracyklinowe - doksycyklina	7,56	10,23	8,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,11

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1299	Dulaglutidum	Trulicity, roztw. do wstrz., 1.5 mg	2 wstrz.po 0,5 ml	05909991219161	2020-01-01	2 lata	252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1	169,02	194,21	180,03	Cukrzyca typu 2, u pacjentów przed włączeniem insuliny, leczonych co najmniej dwoma doustnymi lekami hipoglikemizującymi od co najmniej 6 miesięcy, z HbA1c ≥ 8 %, z otyłością definiowaną jako BMI ≥35 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%	68,19
1300	Duloxetinum	Depratal, tabl. dojelitowe, 30 mg	28 szt.	05909991324551	2020-01-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	17,98	22,71	14,62	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	12,48
1301	Duloxetinum	Depratal, tabl. dojelitowe, 30 mg	56 szt.	05906414003185	2020-01-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	32,01	39,60	29,24	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	19,13
1302	Duloxetinum	Depratal, tabl. dojelitowe, 60 mg	28 szt.	05909991324537	2020-01-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	32,01	39,60	29,24	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	19,13
1303	Duloxetinum	Depratal, tabl. dojelitowe, 60 mg	56 szt.	05906414003192	2020-01-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	64,02	76,37	58,48	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	35,43
1304	Duloxetinum	Dulofor, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991419776	2020-11-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,64	15,00	14,62	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	4,77
1305	Duloxetinum	Dulofor, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991419813	2020-11-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	21,28	28,34	28,34	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	8,50
1306	Duloxetinum	Duloxetine Mylan, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05901797710644	2020-09-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	11,12	15,50	14,62	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	5,27
1307	Duloxetinum	Duloxetine Mylan, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05901797710668	2020-09-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	22,14	29,24	29,24	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	8,77
1308	Duloxetinum	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991231040	2020-09-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,64	15,00	14,62	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	4,77
1309	Duloxetinum	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991231064	2020-09-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	21,28	28,34	28,34	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	8,50

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1310	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991386498	2020-09-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	11,45	15,85	14,62	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	5,62
1311	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991222239	2020-03-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	11,49	15,89	14,62	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	5,66
1312	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	56 szt.	05909991222253	2020-03-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	22,98	30,12	29,24	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	9,65
1313	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991383688	2020-09-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	22,90	30,04	29,24	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	9,57
1314	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991222321	2020-03-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	22,98	30,12	29,24	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	9,65
1315	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991383695	2020-09-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	45,79	57,23	57,23	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	17,17
1316	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991222345	2020-03-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	45,96	57,42	57,42	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	17,23
1317	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 90 mg	28 szt.	05909991352172	2020-03-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	34,47	43,92	43,86	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	13,22
1318	Duloxetinum	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991396688	2020-11-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,63	14,99	14,62	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	4,76
1319	Duloxetinum	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991396664	2020-11-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	21,27	28,32	28,32	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	8,50
1320	Duloxetinum	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991249540	2020-03-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	11,49	15,89	14,62	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	5,66
1321	Duloxetinum	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	56 szt.	05909991249618	2020-09-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	22,98	30,12	29,24	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	9,65
1322	Duloxetinum	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991249885	2020-03-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	22,98	30,12	29,24	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	9,65
1323	Duloxetinum	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991249946	2020-09-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	45,96	57,42	57,42	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	17,23
1324	Dutasteridum	Adadut, kaps. miękkie, 0.5 mg	30 szt.	05909991328696	2020-09-01	2 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	22,12	28,18	22,19	Leczenie umiarkowanych do ciężkich objawów łagodnego rozrostu gruczołu krokowego		30%	12,65

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1325	Dutasteridum	Dutafin, kaps. miękkie, 0.5 mg	30 szt.	05909991372606	2020-11-01	2 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	16,42	22,19	22,19	Leczenie umiarkowanych do ciężkich objawów łagodnego rozrostu gruczołu krokowego		30%	6,66
1326	Empagliflozinum	Jardiance, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991138509	2019-11-01	2 lata	251.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - flozyny	146,99	170,38	166,26	Cukrzyca typu 2, u pacjentów przed włączeniem insuliny, leczonych co najmniej dwoma doustnymi lekami hipoglikemizującymi od co najmniej 6 miesięcy, z HbA1c ≥ 8 % oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1)potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2)uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3) obecność 3 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek ≥ 55 lat dla mężczyzn, ≥60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu, -otyłość		30%	54,00
1327	Enalaprilum	Enarenal, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990015030	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	4,26	6,10	5,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	niewydolność serca inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,59
1328	Enalaprilum	Enarenal, tabl., 10 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990015054	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,37	11,74	11,42	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	6,72
1329	Enalaprilum	Enarenal, tabl., 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990020836	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,88	11,22	11,22	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	6,40
1330	Enalaprilum	Enarenal, tabl., 20 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990020829	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,58	20,08	20,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	niewydolność serca inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	12,80

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1331	Enalaprilum	Enarenal, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990014934	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	2,91	3,88	2,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	niewydolność serca inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,88
1332	Enalaprilum	Enarenal, tabl., 5 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990014958	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	5,31	7,21	5,71	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	4,70

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1333	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	10 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990048328	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	47,97	58,04	40,17	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 - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	21,07

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1334	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990048427	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	96,41	112,62	80,33	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 - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	35,49

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1335	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990774821	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	135,53	155,98	120,50	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 - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	38,68

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1336	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990775026	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	175,12	199,27	160,66	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 - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	42,88

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1337	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990774920	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	265,39	295,47	200,83	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 - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	99,97

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1338	Enoxaparinum natricum	Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990891429	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	292,08	324,35	240,99	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 - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	89,76

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1339	Enoxaparinum natricum	Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990891528	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	345,84	382,09	301,24	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 - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	88,85

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1340	Enoxaparinum natricum	Losmina, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 100 mg/1 ml	10 amp.-strz.	05909991379001	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	156,60	181,24	181,24	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 - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	5,33

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1341	Enoxaparinum natricum	Losmina, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strz.	05909991378783	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	31,32	40,56	40,17	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 - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	3,59

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1342	Enoxaparinum natricum	Losmina, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strz.	05909991379186	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	62,64	77,16	77,16	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 - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1343	Enoxaparinum natricum	Losmina, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strz.	05909991379100	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	93,96	112,33	112,33	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 - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1344	Enoxaparinum natricum	Losmina, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.	05909991378943	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	125,28	146,93	146,93	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 - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	4,27

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1345	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05906395161096	2019-11-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	164,16	189,18	189,18	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 - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	5,33

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1346	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strz.po 0,2 ml	05906395161010	2019-11-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	32,83	42,14	40,17	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 - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	5,17

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1347	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05906395161034	2019-11-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	65,66	80,33	80,33	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 - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1348	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05906395161058	2019-11-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	98,50	117,10	117,10	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 - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1349	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05906395161072	2019-11-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	131,33	153,30	153,30	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 - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	4,27

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1350	Enoxaparinum natricum	Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 120 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.	05906395161126	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	194,40	221,79	221,79	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 - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	6,40

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1351	Enoxaparinum natricum	Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 150 mg/1 ml	10 amp.-strz.	05906395161164	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	243,00	274,11	274,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	8,00
1352	Enzyma pancreatis	Kreon 25 000, kaps. dojel., 25000 J.Ph.Eur.Lipazy	50 szt. (1 but.po 50 szt.)	05909990042579	2019-01-01	3 lata	13.0, Enzymy trzustkowe	47,41	57,77	45,35	Mukowiscydoza; Stan po resekcji trzustki		bezpłatny do limitu	12,42
1353	Eprosartanum	Teveten, tabl. powl., 600 mg	14 szt. (1 blist.po 14 szt.)	05909990868414	2019-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,25	25,14	6,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	20,91
1354	Ergotaminum	Ergotaminum Filofarm, tabl. drażowane, 1 mg	20 szt.	05909990211517	2019-01-01	3 lata	154.0, Leki przeciwmigrenowe - ergotamina	3,48	5,11	5,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	2,56

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1355	Esomeprazolum	Emanera, kapsułki dojelitowe, twarde, 20 mg	28 kaps.	05909990926497	2019-05-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,11	8,84	8,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,42
1356	Esomeprazolum	Emanera, kapsułki dojelitowe, twarde, 20 mg	56 kaps.	05909991074975	2019-05-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	12,25	16,93	16,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,47
1357	Esomeprazolum	Emanera, kapsułki dojelitowe, twarde, 40 mg	28 kaps.	05909990926534	2019-05-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	12,25	16,93	16,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,47
1358	Esomeprazolum	Emanera, kapsułki dojelitowe, twarde, 40 mg	56 kaps.	05909991074999	2019-05-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	24,49	32,06	32,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,03
1359	Esomeprazolum	Helides, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990841332	2019-03-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	7,45	10,24	8,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,82
1360	Esomeprazolum	Helides, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990841363	2019-03-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	14,04	18,81	17,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,97
1361	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990876280	2019-05-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,12	8,85	8,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,43
1362	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990876778	2019-05-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	12,27	16,95	16,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,48
1363	Esomeprazolum	Texibax, tabl., 20 mg	28 szt.	05909991268275	2019-01-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,99	8,71	8,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,36
1364	Esomeprazolum	Texibax, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991268282	2019-01-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,99	16,66	16,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,33
1365	Estradiolum	Climara-50, system transdermalny, 50 µg/24h	4 szt.	05909990458318	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	17,93	24,61	24,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	7,38
1366	Estradiolum	Divigel 0,1%, żel, 0.5 mg/0,5 g	28 szt.	05909990447619	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	26,68	31,14	11,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	23,28

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1367	Estradiolum	Divigel 0,1%, żel, 1 mg/g	28 szt.	05909991382100	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	25,11	31,36	22,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	15,65
1368	Estradiolum	Divigel 0,1%, żel, 1 mg/g	28 szt.	05909990447718	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	33,48	40,14	22,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	24,43
1369	Estradiolum	Estrofem, tabl. powl., 2 mg	28 tabl.	05909990330713	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	11,43	14,20	7,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	8,69
1370	Estradiolum	Estrofem mite, tabl. powl., 1 mg	28 tabl.	05909990823215	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	10,74	12,42	3,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	9,66
1371	Estradiolum	Oesclim 25, system transdermalny, 25 µg/24h	6 szt.	05909990761517	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	17,28	21,26	11,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	13,40
1372	Estradiolum	Oesclim 50, system transdermalny, 50 µg/24h	6 szt.	05909990761616	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	17,28	23,13	22,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	7,42
1373	Estradiolum	Systen 50, system transdermalny, 3.2 mg	6 szt.	05909990169214	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	16,63	22,45	22,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	6,74
1374	Estradiolum + Drospirenonum	Angeliq, tabl. powl., 1+2 mg	28 szt. (1 blist.po 28 szt.)	05909990221073	2019-01-01	3 lata	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	38,88	43,02	7,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	37,51

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1375	Estradiolum + Dydrogesteronum	Femoston conti, tabl. powl., 1+5 mg	28 szt.	05909990973316	2019-01-01	3 lata	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	19,44	22,61	7,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,10
1376	Estradiolum + Medroxyprogesteronum	Divina, tabl., 2 mg, 2+10 mg	21 szt. (1 blist.po 21 szt.)	05909990661411	2019-01-01	3 lata	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	9,68	12,36	7,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,85
1377	Estradiolum + Norethisteroni acetas	Systen Conti, system transdermalny, plaster, 3,2+11,2 mg	8 szt.	05909990444717	2020-03-01	3 lata	68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	31,30	37,87	22,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	22,16
1378	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	2020-03-01	3 lata	68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	22,94	29,08	22,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,37
1379	Estradiolum + Norethisteronum	Activelle, tabl. powl., 1+0,5 mg	28 tabl.	05909990451210	2019-01-01	3 lata	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	21,93	25,23	7,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	19,72
1380	Estradiolum + Norethisteronum	Cliovelle 1 mg / 0,5 mg tabletki, tabl., 1+0,5 mg	28 szt. (1 blist.po 28 szt.)	05909990067794	2019-01-01	3 lata	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	18,14	21,25	7,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,74
1381	Estradiolum + Norethisteronum	Kliogest, tabl. powl., 2+1 mg	28 tabl.	05909990329717	2019-01-01	3 lata	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	21,20	24,46	7,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	18,95
1382	Estradiolum + Norgestrelum	Cyclo-Progynova, tabl. powl., 2;2+0,5 mg	21 szt. (1 blist.po 21 szt.)	05909990304219	2019-01-01	3 lata	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	5,40	7,87	7,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,36
1383	Ethambutoli hydrochloridum	Ethambutol Teva, kaps., 250 mg	250 szt.	05909990227310	2020-03-01	3 lata	240.0, Leki przeciwprątkowe - inne - etambutol	91,80	109,71	109,71	Gruźlica, w tym również gruźlica lekooporna i inne mykobakteriozy		bezpłatny do limitu	0,00
1384	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Levomine, tabl. powl., 0,03+0,15 mg	21 szt.	05909990879458	2018-09-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	5,56	8,04	7,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,93

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1385	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Levomine, tabl. powl., 30+150 µg	63 szt.	05909990879465	2019-03-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	15,66	21,34	21,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,40
1386	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Microgynon 21, tabl. powl., 30+150 µg	21 szt. (1 blist.po 21 szt.)	05909990060016	2019-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	5,72	8,20	7,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,09
1387	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Microgynon 21, tabl. powl., 30+150 µg	63 szt. (3 blist.po 21 szt.)	05909990060023	2019-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	16,20	21,91	21,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,57
1388	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Rigevidon, tabl. drażowane, 0,03+0,15 mg	21 szt.	05909997223414	2019-07-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	5,40	7,87	7,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,76
1389	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Rigevidon, tabl. powl., 0,03+0,15 mg	21 szt.	05909991383404	2019-03-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	5,40	7,87	7,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,76
1390	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Rigevidon, tabl. drażowane, 0,03+0,15 mg	21 szt.	05909991383817	2019-03-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	5,40	7,87	7,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,76
1391	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Rigevidon, tabl. powl., 0,03+0,15 mg	21 szt.	05909990873319	2019-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	5,67	8,15	7,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,04
1392	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Stediril 30, tabl. drażowane, 0,03+0,15 mg	21 tabl. (1 blist.po 21 szt.)	05909990072514	2019-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	5,71	8,20	7,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,09
1393	Ethosuximidum	Petinimid, kaps., 250 mg	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	05909990244911	2019-01-01	3 lata	157.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - etosuksymid	31,72	40,81	40,81	Padaczka		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1394	Everolimusum	Certican tabletki, tabl., 0.25 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990211654	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	135.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - ewerolimus	407,46	451,36	451,36	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,20
1395	Everolimusum	Certican tabletki, tabl., 0.5 mg	60 szt. (6 blist. po 10 szt.)	05909990211357	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	135.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - ewerolimus	840,51	917,10	917,10	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,20
1396	Everolimusum	Certican tabletki, tabl., 0.75 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990211845	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	135.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - ewerolimus	1273,61	1382,34	1375,65	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	9,89
1397	Exemestanum	Etadron, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990798094	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	62,64	74,90	55,39	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	19,51
1398	Exemestanum	Glandex, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990812202	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	62,76	75,03	55,39	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	19,64
1399	Exemestanum	Symex, tabletki drażowane, 25 mg	30 tabl.	05909991335489	2018-09-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	62,76	75,03	55,39	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	19,64
1400	Ezetimibum	Esetin, tabletki, 10 mg	30 tabl.	05909991388669	2019-05-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	21,22	25,82	13,75	Hipercholesterolemia LDL-C powyżej 130 mg/dl utrzymująca się pomimo terapii statynami w przypadku: stanu po zawale serca lub rewaskularyzacji wieńcowej (przezskórnej lub kardiochirurgicznej), stanu po rewaskularyzacji obwodowej lub amputacji obwodowej z powodu choroby miażdżycowej, hipercholesterolemii rodzinnej		30%	16,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1401	Ezetimibum	Etibax, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991402303	2020-03-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	9,02	12,83	12,83	Hipercholesterolemia LDL-C powyżej 130 mg/dl utrzymująca się pomimo terapii statynami w przypadku: stanu po zawale serca lub rewaskularyzacji wieńcowej (przezskórnej lub kardiochirurgicznej), stanu po rewaskularyzacji obwodowej lub amputacji obwodowej z powodu choroby miażdżycowej, hipercholesterolemii rodzinnej		30%	3,85
1402	Ezetimibum	Etibax, tabl., 10 mg	90 szt.	05909991402310	2020-03-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	28,99	37,54	37,54	Hipercholesterolemia LDL-C powyżej 130 mg/dl utrzymująca się pomimo terapii statynami w przypadku: stanu po zawale serca lub rewaskularyzacji wieńcowej (przezskórnej lub kardiochirurgicznej), stanu po rewaskularyzacji obwodowej lub amputacji obwodowej z powodu choroby miażdżycowej, hipercholesterolemii rodzinnej		30%	11,26
1403	Ezetimibum	Ezehron, tabletki, 10 mg	28 tabl.	05909991347161	2018-07-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	15,57	19,71	12,83	Hipercholesterolemia LDL-C powyżej 130 mg/dl utrzymująca się pomimo terapii statynami w przypadku: stanu po zawale serca lub rewaskularyzacji wieńcowej (przezskórnej lub kardiochirurgicznej), stanu po rewaskularyzacji obwodowej lub amputacji obwodowej z powodu choroby miażdżycowej, hipercholesterolemii rodzinnej		30%	10,73
1404	Ezetimibum	Ezen, tabletki, 10 mg	28 szt.	05909991096229	2018-07-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	21,24	25,66	12,83	Hipercholesterolemia LDL-C powyżej 130 mg/dl utrzymująca się pomimo terapii statynami w przypadku: stanu po zawale serca lub rewaskularyzacji wieńcowej (przezskórnej lub kardiochirurgicznej), stanu po rewaskularyzacji obwodowej lub amputacji obwodowej z powodu choroby miażdżycowej, hipercholesterolemii rodzinnej		30%	16,68
1405	Ezetimibum	Ezetimibe Mylan, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991189822	2018-07-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	23,76	28,31	12,83	Hipercholesterolemia LDL-C powyżej 130 mg/dl utrzymująca się pomimo terapii statynami w przypadku: stanu po zawale serca lub rewaskularyzacji wieńcowej (przezskórnej lub kardiochirurgicznej), stanu po rewaskularyzacji obwodowej lub amputacji obwodowej z powodu choroby miażdżycowej, hipercholesterolemii rodzinnej		30%	19,33

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1406	Ezetimibum	Ezoleta, tabletki, 10 mg	30 szt.	05909991311407	2018-07-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	9,72	13,75	13,75	Hipercholesterolemia LDL-C powyżej 130 mg/dl utrzymująca się pomimo terapii statynami w przypadku: stanu po zawale serca lub rewaskularyzacji wieńcowej (przezskórnej lub kardiochirurgicznej), stanu po rewaskularyzacji obwodowej lub amputacji obwodowej z powodu choroby miażdżycowej, hipercholesterolemii rodzinnej		30%	4,13
1407	Ezetimibum	Ezolip, tabletki, 10 mg	30 tabl.	05909991304416	2018-09-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	22,57	27,24	13,75	Hipercholesterolemia LDL-C powyżej 130 mg/dl utrzymująca się pomimo terapii statynami w przypadku: stanu po zawale serca lub rewaskularyzacji wieńcowej (przezskórnej lub kardiochirurgicznej), stanu po rewaskularyzacji obwodowej lub amputacji obwodowej z powodu choroby miażdżycowej, hipercholesterolemii rodzinnej		30%	17,62
1408	Ezetimibum	Lipegis, tabletki, 10 mg	30 tabl.	05909990996902	2019-07-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	21,60	26,22	13,75	Hipercholesterolemia LDL-C powyżej 130 mg/dl utrzymująca się pomimo terapii statynami w przypadku: stanu po zawale serca lub rewaskularyzacji wieńcowej (przezskórnej lub kardiochirurgicznej), stanu po rewaskularyzacji obwodowej lub amputacji obwodowej z powodu choroby miażdżycowej, hipercholesterolemii rodzinnej		30%	16,60
1409	Ezetimibum	Mizetib, tabletki, 10 mg	28 tabl.	05903060613973	2018-07-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	23,76	28,31	12,83	Hipercholesterolemia LDL-C powyżej 130 mg/dl utrzymująca się pomimo terapii statynami w przypadku: stanu po zawale serca lub rewaskularyzacji wieńcowej (przezskórnej lub kardiochirurgicznej), stanu po rewaskularyzacji obwodowej lub amputacji obwodowej z powodu choroby miażdżycowej, hipercholesterolemii rodzinnej		30%	19,33
1410	Ezetimibum	Symezet, tabletki w blistrze, 10 mg	30 szt.	05909991347529	2018-07-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	10,61	14,67	13,75	Hipercholesterolemia LDL-C powyżej 130 mg/dl utrzymująca się pomimo terapii statynami w przypadku: stanu po zawale serca lub rewaskularyzacji wieńcowej (przezskórnej lub kardiochirurgicznej), stanu po rewaskularyzacji obwodowej lub amputacji obwodowej z powodu choroby miażdżycowej, hipercholesterolemii rodzinnej		30%	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	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1411	Famotidinum	Famogast, tabl. powl., 20 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990014729	2019-01-01	3 lata	1.0, Leki blokujące receptory histaminowe H2 - stosowane doustnie	8,47	11,30	8,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,73
1412	Famotidinum	Famogast, tabl. powl., 40 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990014835	2019-01-01	3 lata	1.0, Leki blokujące receptory histaminowe H2 - stosowane doustnie	8,40	11,23	8,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,66
1413	Famotidinum	Famogast, tabl. powl., 40 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990014828	2019-01-01	3 lata	1.0, Leki blokujące receptory histaminowe H2 - stosowane doustnie	15,79	20,62	17,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,48
1414	Febuxostatum	Adenuric, tabl. powl., 120 mg	28 szt.	05909990761562	2021-03-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	42,00	49,71	28,63	Zapobieganie i leczenie przewlekłej hiperurykemii u dorosłych pacjentów poddawanych chemioterapii z powodu nowotworów krwi z umiarkowanym do wysokiego ryzykiem wystąpienia zespołu rozpadu guza, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		50%	35,40
1415	Febuxostatum	Adenuric, tabl. powl., 120 mg	28 szt.	05909990761562	2021-03-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	42,00	49,71	28,63	Leczenie przewlekłej hiperurykemii u dorosłych pacjentów w chorobach, w których wystąpiło już odkładanie się złogów moczanowych, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		30%	29,67
1416	Febuxostatum	Adenuric, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909990761548	2021-03-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	39,37	45,60	19,08	Leczenie przewlekłej hiperurykemii u dorosłych pacjentów w chorobach, w których wystąpiło już odkładanie się złogów moczanowych, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		30%	32,24
1417	Febuxostatum	Denofix, tabl. powl., 120 mg	28 szt.	05909991391607	<1>2020-03-01/<2>2019-11-01	<1>3 lata/<2>2 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	43,08	50,84	28,63	<1>Zapobieganie i leczenie przewlekłej hiperurykemii u dorosłych pacjentów poddawanych chemioterapii z powodu nowotworów krwi z umiarkowanym do wysokiego ryzykiem wystąpienia zespołu rozpadu guza, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		50%	36,53

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1418	Febuxostatum	Denofix, tabl. powl., 120 mg	28 szt.	05909991391607	<1>2020-03-01/<2>2019-11-01	<1>3 lata/<2>2 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	43,08	50,84	28,63	<2>Leczenie przewlekłej hiperurykemii u dorosłych pacjentów w chorobach, w których wystąpiło już odkładanie się złogów moczanowych, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		30%	30,80
1419	Febuxostatum	Denofix, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909991391522	2019-11-01	2 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	28,72	34,42	19,08	Leczenie przewlekłej hiperurykemii u dorosłych pacjentów w chorobach, w których wystąpiło już odkładanie się złogów moczanowych, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		30%	21,06
1420	Febuxostatum	Febuxostat Accord, tabl. powl., 120 mg	28 szt.	05909991395186	2019-09-01	2 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	43,09	50,85	28,63	Leczenie przewlekłej hiperurykemii u dorosłych pacjentów w chorobach, w których wystąpiło już odkładanie się złogów moczanowych, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		30%	30,81
1421	Febuxostatum	Febuxostat Accord, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909991395131	2019-09-01	2 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	28,73	34,44	19,08	Leczenie przewlekłej hiperurykemii u dorosłych pacjentów w chorobach, w których wystąpiło już odkładanie się złogów moczanowych, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		30%	21,08
1422	Febuxostatum	Febuxostat Krka, tabl. powl., 120 mg	28 szt.	03838989705145	2019-07-01	2 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	45,36	53,24	28,63	Zapobieganie i leczenie przewlekłej hiperurykemii u dorosłych pacjentów poddawanych chemioterapii z powodu nowotworów krwi z umiarkowanym do wysokiego ryzykiem wystąpienia zespołu rozpadu guza, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		50%	38,93
1423	Febuxostatum	Febuxostat Krka, tabl. powl., 120 mg	28 szt.	03838989705145	2019-07-01	2 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	45,36	53,24	28,63	Leczenie przewlekłej hiperurykemii u dorosłych pacjentów w chorobach, w których wystąpiło już odkładanie się złogów moczanowych, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		30%	33,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1424	Febuxostatum	Febuxostat Krka, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	03838989705152	2019-07-01	2 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	30,24	36,01	19,08	Leczenie przewlekłej hiperurykemii u dorosłych pacjentów w chorobach, w których wystąpiło już odkładanie się złogów moczanowych, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		30%	22,65
1425	Felodipinum	Plendil, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	28 szt.	05909990344918	2019-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	13,87	18,07	13,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,28
1426	Felodipinum	Plendil, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	28 szt.	05909990344819	2019-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	10,29	12,81	6,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,92
1427	Fenofibratum	Apo-Feno 200 M, kaps. twarde, 200 mg	30 szt.	05909990909414	2019-01-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	14,63	19,71	18,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,94
1428	Fenofibratum	Biofibrat, kaps. twarde, 200 mg	30 szt.	05909990754496	2019-03-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	15,50	20,63	18,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,86
1429	Fenofibratum	Biofibrat, kaps. twarde, 267 mg	30 szt.	05909990754526	2019-05-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	20,74	27,09	24,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,04
1430	Fenofibratum	Fenardin, kaps. twarde, 160 mg	30 szt. (3 blist.po 10)	05909990713974	2018-01-01	5 lat	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	15,88	21,03	18,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,26
1431	Fenofibratum	Fenardin, kaps. twarde, 267 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990611065	2019-01-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	20,84	27,19	24,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,14
1432	Fenofibratum	Grofibrat, kaps., 100 mg	50 szt.	05909990109814	2019-01-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	8,59	12,90	12,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,87
1433	Fenofibratum	Grofibrat 200, kaps., 200 mg	30 szt.	05909990492114	2019-01-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	13,93	18,98	18,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,21
1434	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg	30 kaps.	05907594032309	2019-03-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	17,82	24,78	24,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,43
1435	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg	60 kaps.	05907594032408	2019-03-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	35,64	46,68	46,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,00
1436	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg	90 kaps.	05907594032507	2019-03-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	53,46	67,77	67,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	20,33
1437	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 160 mg	30 tabl.	05909991212339	2018-07-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	13,61	18,64	18,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	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	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1438	Fenofibratum	Grofibrat S, tabletki powlekane, 160 mg	60 szt.	05907594031500	2018-05-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	27,54	35,70	35,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,71
1439	Fenofibratum	Grofibrat S, tabletki powlekane, 160 mg	90 szt.	05907594031609	2018-05-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	41,04	51,87	51,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,56
1440	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 215 mg	30 tabl.	05909991201173	2018-07-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	18,14	24,36	24,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,31
1441	Fenofibratum	Grofibrat S, tabletki powlekane, 215 mg	60 szt.	05907594031708	2018-05-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	36,72	46,78	46,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,03
1442	Fenofibratum	Grofibrat S, tabletki powlekane, 215 mg	90 szt.	05907594031807	2018-05-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	55,08	68,05	68,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	20,42
1443	Fenofibratum	Lipanthyl 200M, kaps., 200 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990687947	2019-01-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	18,60	23,88	18,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,11
1444	Fenofibratum	Lipanthyl 267M, kaps., 267 mg	30 szt.	05909990492817	2019-01-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	24,83	31,38	24,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,33
1445	Fenofibratum	Lipanthyl Supra 160, tabl. powl., 160 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990903917	2019-01-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	18,60	23,88	18,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,11
1446	Fenofibratum	Lipanthyl Supra 215 mg, tabl. powl., 215 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990431342	2019-01-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	24,83	31,38	24,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,33
1447	Fenoterolum	Berotec N 100, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100 µg/dawkę	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909990376414	2019-01-01	3 lata	197.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o krótkim działaniu	20,20	25,16	16,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	12,12
1448	Fenoterolum + Ipratropii bromidum	Berodual, roztwór do nebulizacji, 0,5+0,25 mg/ml	20 ml	05909990101917	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	201.1, Wziewne leki antycholinergiczne o krótkim działaniu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o krótkim działaniu	18,14	21,78	9,66	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli	mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo - płucna; dyskineza rzęsek	ryczałt	15,32
1449	Fenoterolum + Ipratropii bromidum	Berodual N, aerozol inhalacyjny, roztwór, 50+21 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 dawek	05909990917815	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	201.1, Wziewne leki antycholinergiczne o krótkim działaniu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o krótkim działaniu	24,62	30,33	19,31	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli	mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo - płucna; dyskineza rzęsek	30%	16,81

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1450	Fentanylum	Durogesic, system transdermalny, 100 µg/h	5 szt.	05909990765713	2019-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	81,00	99,73	99,73	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,20
1451	Fentanylum	Durogesic, system transdermalny, 25 µg/h	5 szt.	05909990765416	2019-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	32,23	40,97	35,28	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	8,89
1452	Fentanylum	Durogesic, system transdermalny, 50 µg/h	5 szt.	05909990765515	2019-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	48,60	61,71	61,71	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,20
1453	Fentanylum	Durogesic, system transdermalny, 75 µg/h	5 szt.	05909990765614	2019-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	64,80	81,17	81,17	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,20
1454	Fentanylum	Effentora, tabl. podpoliczkowe, 100 µg	28 tabl.	05909990643011	2018-09-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	529,18	582,03	582,03	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
1455	Fentanylum	Effentora, tabl. podpoliczkowe, 200 µg	28 tabl.	05909990643035	2019-01-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	529,18	582,03	582,03	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
1456	Fentanylum	Effentora, tabl. podpoliczkowe, 400 µg	28 tabl.	05909990643059	2019-01-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	529,18	582,03	582,03	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	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1457	Fentanylum	Fenta MX 100, system transdermalny, 100 µg/h	5 szt.	05909990054695	2018-07-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	108,00	128,08	128,08	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,20
1458	Fentanylum	Fenta MX 25, system transdermalny, 25 µg/h	5 szt.	05909990054589	2018-07-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	27,00	35,48	35,28	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,40
1459	Fentanylum	Fenta MX 50, system transdermalny, 50 µg/h	5 szt.	05909990054626	2018-07-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	54,00	67,38	67,38	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,20
1460	Fentanylum	Fenta MX 75, system transdermalny, 75 µg/h	5 szt.	05909990054664	2018-07-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	81,00	98,18	98,18	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,20
1461	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 100 µg/h	10 szt.	05909991204853	2018-11-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	217,87	247,43	247,43	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	6,40
1462	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 100 µg/h	5 szt.	05909990000098	2019-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	108,22	128,31	128,31	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,20
1463	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 25 µg/h	10 szt.	05909991204822	2018-11-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	56,14	69,63	69,63	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,20
1464	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 50 µg/h	10 szt.	05909991204839	2018-11-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	109,78	129,95	129,95	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,20
1465	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 50 µg/h	5 szt.	05909990000050	2019-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	54,54	67,95	67,95	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,20
1466	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 75 µg/h	10 szt.	05909991204846	2018-11-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	163,26	188,55	188,55	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	4,80

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1467	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 75 µg/h	5 szt.	05909990000081	2019-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	80,78	97,95	97,95	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,20
1468	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	1 but.po 2,9 ml (20 daw.)	05909990699735	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania donosowego	361,12	400,85	400,85	Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych 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
1469	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 200 µg/dawkę	1 but.po 5 ml (40 daw.)	05909990699889	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania donosowego	734,15	801,69	801,69	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
1470	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 50 µg/dawkę	1 but.po 1,8 ml (10 daw.)	05909990699643	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania donosowego	174,60	200,41	200,41	Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych 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
1471	Fentanylum	Matrifen 100 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 100 µg/h	5 szt. (5 sasz.po 1 szt.)	05909990043330	2019-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	117,72	138,29	138,29	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,20
1472	Fentanylum	Matrifen 12 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 12 µg/h	5 szt. (5 sasz.po 1 szt.)	05909990043163	2019-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	14,13	19,31	16,93	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	5,58
1473	Fentanylum	Matrifen 25 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 25 µg/h	5 szt. (5 sasz.po 1 szt.)	05909990043279	2019-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	29,43	38,03	35,28	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	5,95

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1474	Fentanylum	Matrifen 50 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 50 µg/h	5 szt. (5 sasz.po 1 szt.)	05909990043385	2019-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	58,86	72,48	70,55	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	5,13
1475	Fentanylum	Matrifen 75 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 75 µg/h	5 szt. (5 sasz.po 1 szt.)	05909990043224	2019-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	88,29	105,83	105,83	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,20
1476	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	1,55 ml (1 butelka)	05909990955503	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania donosowego	139,68	162,49	162,49	Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych 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
1477	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	4 but. po 1,55 ml	05909990955527	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania donosowego	584,93	641,36	641,36	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
1478	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 400 µg/dawkę	1,55 ml (1 butelka)	05909990955541	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania donosowego	139,68	162,49	162,49	Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych 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
1479	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 400 µg/dawkę	4 but. po 1,55 ml	05909990955558	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania donosowego	584,93	641,36	641,36	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	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1480	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 133 µg	30 tabl.	05909991074647	2018-07-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	567,00	622,73	622,73	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
1481	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 267 µg	30 tabl.	05909991074685	2018-07-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	567,00	622,73	622,73	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
1482	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 400 µg	30 tabl.	05909991074739	2018-07-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	567,00	622,73	622,73	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
1483	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 533 µg	30 tabl.	05909991074777	2018-07-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	567,00	622,73	622,73	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
1484	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 67 µg	30 tabl.	05909991074593	2018-07-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	567,00	622,73	622,73	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1485	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 800 µg	30 tabl.	05909991074821	2018-07-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	567,00	622,73	622,73	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
1486	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	1 amp.-strz.	05055565713846	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	56,81	66,68	32,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	gorączka neutropeniczna (zakażenie w przebiegu neutropenii) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; anemia aplastyczna; neutropenia wrodzona - w przypadkach innych niż określone w ChPL; neutropenia nabyta - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	37,33
1487	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.	05055565713860	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	144,62	167,91	162,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	gorączka neutropeniczna (zakażenie w przebiegu neutropenii) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; anemia aplastyczna; neutropenia wrodzona - w przypadkach innych niż określone w ChPL; neutropenia nabyta - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	8,37
1488	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	7 amp.-strz.	05055565726068	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	207,74	235,92	227,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	gorączka neutropeniczna (zakażenie w przebiegu neutropenii) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; anemia aplastyczna; neutropenia wrodzona - w przypadkach innych niż określone w ChPL; neutropenia nabyta - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	11,29
1489	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	1 amp.-strz.	05055565713853	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	95,69	109,81	52,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	gorączka neutropeniczna (zakażenie w przebiegu neutropenii) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; anemia aplastyczna; neutropenia wrodzona - w przypadkach innych niż określone w ChPL; neutropenia nabyta - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	60,93
1490	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.	05055565713877	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	240,95	271,55	260,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	gorączka neutropeniczna (zakażenie w przebiegu neutropenii) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; anemia aplastyczna; neutropenia wrodzona - w przypadkach innych niż określone w ChPL; neutropenia nabyta - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	14,37
1491	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	7 amp.-strz.	05055565726075	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	343,35	381,47	364,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	gorączka neutropeniczna (zakażenie w przebiegu neutropenii) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; anemia aplastyczna; neutropenia wrodzona - w przypadkach innych niż określone w ChPL; neutropenia nabyta - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	20,14

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1492	Filgrastimum	Nivestim, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 12 mln j./0,2 ml	5 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990904747	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	87,77	102,71	65,10	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	40,81
1493	Filgrastimum	Nivestim, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990904778	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	206,28	232,65	162,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	gorączka neutropeniczna (zakażenie w przebiegu neutropenii) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; anemia aplastyczna; neutropenia wrodzona - w przypadkach innych niż określone w ChPL; neutropenia nabyta - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	73,11
1494	Filgrastimum	Nivestim, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990904808	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	330,04	365,09	260,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	gorączka neutropeniczna (zakażenie w przebiegu neutropenii) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; anemia aplastyczna; neutropenia wrodzona - w przypadkach innych niż określone w ChPL; neutropenia nabyta - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	107,91
1495	Filgrastimum	Tevagrastim, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j.m./0,5 ml	5 amp.-strz. z osł. zabezp. igłę	05909990739394	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	136,30	159,18	159,18	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
1496	Filgrastimum	Tevagrastim, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j.m./0,8 ml	5 amp.-strz. z osł. zabezp. igłę	05909990739455	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	224,64	254,42	254,42	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
1497	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990687787	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	145,47	168,80	162,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	gorączka neutropeniczna (zakażenie w przebiegu neutropenii) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; anemia aplastyczna; neutropenia wrodzona - w przypadkach innych niż określone w ChPL; neutropenia nabyta - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	9,26
1498	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990687848	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	230,31	260,38	260,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	gorączka neutropeniczna (zakażenie w przebiegu neutropenii) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; anemia aplastyczna; neutropenia wrodzona - w przypadkach innych niż określone w ChPL; neutropenia nabyta - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
1499	Finasteridum	Adaster, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990711949	2019-11-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	21,81	27,85	22,19	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	8,86

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1500	Finasteridum	Adaster, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990711987	2019-11-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	65,42	78,36	66,57	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	21,39
1501	Finasteridum	Androster, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990055470	2019-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	22,68	28,76	22,19	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,77
1502	Finasteridum	Androster, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990906154	2019-09-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	65,88	78,84	66,57	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	21,87
1503	Finasteridum	Antiprost, tabl. powl., 5 mg	30 tabl.	05909990067770	2019-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	23,98	30,12	22,19	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,13
1504	Finasteridum	Apo-Fina, tabl. powl., 5 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990048670	2019-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	23,06	29,16	22,19	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	10,17
1505	Finasteridum	Apo-Fina, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990938797	2018-09-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	70,09	83,26	66,57	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	26,29
1506	Finasteridum	FinaGen, tabl. powl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990692781	2019-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	18,79	24,45	20,71	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,94
1507	Finasteridum	Finamef, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991222673	2018-11-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	18,36	24,23	22,19	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	5,24
1508	Finasteridum	Finamef, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991282288	2019-11-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	18,36	24,23	22,19	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	5,24
1509	Finasteridum	Finamef, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990713127	2019-03-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	22,68	28,76	22,19	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	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	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1510	Finasteridum	Finamef, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990713141	2019-03-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	68,04	81,11	66,57	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	24,14
1511	Finasteridum	Finaran, tabl. powl., 5 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990082391	2019-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	21,38	27,40	22,19	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	8,41
1512	Finasteridum	Finaster, tabl. powl., 5 mg	120 szt.	05909991207311	2019-05-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	88,45	104,26	88,76	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	28,30
1513	Finasteridum	Finaster, tabl. powl., 5 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909991151218	2019-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	22,68	28,76	22,19	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,77
1514	Finasteridum	Finaster, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990811045	2019-05-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	66,74	79,75	66,57	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	22,78
1515	Finasteridum	Finasterid Stada 5 mg tabletki powlekane, tabletki powlekane, 5 mg	120 tabl.	05909991284053	2017-09-01	5 lat	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	71,28	86,23	86,23	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	12,80
1516	Finasteridum	Finasterid Stada 5 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990055098	2019-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	19,39	25,31	22,19	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,32
1517	Finasteridum	Finasterid Stada 5 mg tabletki powlekane, tabletki powlekane, 5 mg	90 tabl.	05909991289430	2017-09-01	5 lat	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	51,84	64,10	64,10	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
1518	Finasteridum	Finasteridum Bluefish, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991096571	2018-09-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	14,58	20,26	20,26	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1519	Finasteridum	Finasteridum Bluefish, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991096601	2018-09-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	43,74	55,60	55,60	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1520	Finasteridum	Finiprost, tabletki powlekane, 5 mg	30 szt.	05909991317720	2018-05-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	17,39	23,21	22,19	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	4,22
1521	Finasteridum	Finpros 5 mg, tabl. powl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990017973	2019-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	21,33	27,35	22,19	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	8,36
1522	Finasteridum	Finxta, tabl. powl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990050895	2019-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	21,79	27,61	20,71	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	10,10
1523	Finasteridum	Hyplafin, tabl. powl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990017997	2019-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	22,79	28,88	22,19	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,89
1524	Finasteridum	Penester, tabl. powl., 5 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990077267	2019-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	21,81	27,85	22,19	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	8,86
1525	Finasteridum	Penester, tabl. powl., 5 mg	90 szt. (6 blist.po 15 szt.)	05909990077274	2019-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	69,47	82,61	66,57	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	25,64
1526	Finasteridum	Proscar, tabl. powl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990362110	2019-01-01	5 lat	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	22,12	27,95	20,71	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	10,44
1527	Finasteridum	Symasteride, tabl. powl., 5 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990074105	2019-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	20,47	26,44	22,19	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,45
1528	Finasteridum	Symasteride, tabl. powl., 5 mg	90 tabl.	05909991107871	2018-01-01	5 lat	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	57,51	70,06	66,57	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	13,09
1529	Finasteridum	Uronezyr, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991088842	2019-09-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	19,44	25,36	22,19	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,37

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1530	Finasteridum	Zasterid, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991053710	2019-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	20,30	26,04	20,71	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	8,53
1531	Fluconazolum	Candifluc, syrop, 5 mg/ml	1 but. 150 ml	05909991257804	2018-07-01	3 lata	110.2, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - płynne postacie farmaceutyczne	22,36	29,72	29,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,86
1532	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909990662388	2019-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	78,61	92,98	81,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	52,38
1533	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909990662371	2019-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	19,65	25,10	20,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,95
1534	Fluconazolum	Flucofast, kaps., 150 mg	1 szt.	05909990490615	2019-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	4,20	5,68	4,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	3,51
1535	Fluconazolum	Flucofast, kapsułki twarde, 200 mg	7 kaps.	05909991283247	2017-07-01	5 lat	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	32,40	40,97	40,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	20,67
1536	Fluconazolum	Flucofast, kaps., 50 mg	14 szt.	05909990490523	2019-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	19,65	25,10	20,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,95
1537	Fluconazolum	Flucofast, kaps., 50 mg	7 szt.	05909990490516	2019-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	9,80	13,02	10,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,95
1538	Fluconazolum	Fluconazin, syrop, 5 mg/ml	1 but.po 150 ml	05909991097219	2019-01-01	3 lata	110.2, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - płynne postacie farmaceutyczne	24,08	31,52	31,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,93
1539	Fluconazolum	Fluconazole Aurobindo, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909990912988	2019-07-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	59,51	72,93	72,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	36,47

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1540	Fluconazolum	Fluconazole Aurobindo, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909990912896	2019-07-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	15,34	20,58	20,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,43
1541	Fluconazolum	Fluconazole Aurobindo, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909990913466	2019-07-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	30,67	39,14	39,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	19,57
1542	Fluconazolum	Fluconazole Aurobindo, kaps. twarde, 50 mg	14 szt.	05909990912360	2019-07-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	15,34	20,58	20,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,43
1543	Fluconazolum	Fluconazole Aurobindo, kaps. twarde, 50 mg	7 szt.	05909990912346	2019-07-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	7,67	10,78	10,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,71
1544	Fluconazolum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909991262679	2020-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	59,49	72,90	72,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	36,45
1545	Fluconazolum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991262617	2020-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	15,23	20,46	20,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,31
1546	Fluconazolum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 50 mg	14 szt.	05909991262488	2020-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	15,23	20,46	20,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,31
1547	Fluconazolum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 50 mg	7 szt.	05909991262457	2020-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	7,61	10,72	10,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,65
1548	Fluconazolum	Fluconazole Hasco, syrop, 5 mg/ml	1 but. 150 ml	05909991273798	2017-09-01	5 lat	110.2, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - płynne postacie farmaceutyczne	23,76	31,19	31,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,60
1549	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 100 mg	28 tabl.	05909990780181	2018-05-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	67,44	81,24	81,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	40,64

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1550	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 100 mg	7 tabl.	05909990859719	2018-05-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	16,96	22,28	20,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,13
1551	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 150 mg	1 tabl.	05909990017874	2018-05-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	3,60	5,05	4,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	2,88
1552	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 150 mg	3 tabl.	05909990017881	2018-05-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	10,80	14,70	13,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,18
1553	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 200 mg	14 szt.	05909991022556	2021-03-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	66,10	79,85	79,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	39,93
1554	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 200 mg	7 szt.	05909991022549	2021-03-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	33,06	41,66	40,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	21,36
1555	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, syrop, 5 mg/ml	150 ml (but.)	05909990859511	2018-05-01	3 lata	110.2, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - płynne postacie farmaceutyczne	23,76	31,19	31,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,60
1556	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 50 mg	14 tabl.	05909990859610	2018-05-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	16,87	22,18	20,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,03
1557	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 50 mg	7 tabl.	05909990859672	2018-05-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	8,43	11,58	10,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,51
1558	Fluconazolum	Flukonazol Actavis/Flumycon, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909990869756	2019-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	64,80	78,48	78,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	39,24
1559	Fluconazolum	Flukonazol Actavis/Flumycon, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909990869732	2019-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	17,28	22,61	20,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,46

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1560	Fluconazolum	Flukonazol Actavis/Flumycon, kapsułki twarde, 150 mg	1 kaps.	05909990869763	2017-03-01	5 lat	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	3,46	4,90	4,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	2,73
1561	Fluconazolum	Flukonazol Actavis/Flumycon, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909990869770	2019-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	33,48	42,10	40,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	21,80
1562	Fluconazolum	Flukonazol Actavis/Flumycon, kaps. twarde, 50 mg	14 szt.	05909990869695	2019-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	17,28	22,61	20,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,46
1563	Fluconazolum	Flukonazol Actavis/Flumycon, kaps. twarde, 50 mg	7 szt.	05909990869688	2019-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	8,10	11,24	10,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,17
1564	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 150 mg	7 szt.	05909991365745	2019-09-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	21,21	28,11	28,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,06
1565	Fluconazolum	Flumycon, syrop, 5 mg/ml	150 ml w butelce	05909990841707	2019-05-01	3 lata	110.2, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - płynne postacie farmaceutyczne	24,08	31,52	31,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,93
1566	Fluconazolum	Fluxazol, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991388270	2020-09-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	13,50	18,65	18,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,33
1567	Fluconazolum	Fluxazol, kaps. twarde, 150 mg	1 szt.	05909991388287	2020-09-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	2,89	4,30	4,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	2,15
1568	Fluconazolum	Fluxazol, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991388294	2020-09-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	27,00	35,30	35,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,65
1569	Fluconazolum	Fluxazol, kaps. twarde, 50 mg	7 szt.	05909991388263	2020-09-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	6,75	9,81	9,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,91

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1570	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 100 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990980611	2019-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	68,26	82,11	81,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	41,51
1571	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 100 mg	7 szt. (1 blist.po 7 szt.)	05909990642533	2019-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	15,12	20,35	20,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,20
1572	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 200 mg	7 szt. (1 blist.po 7 szt.)	05909991118914	2019-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	31,97	40,52	40,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	20,26
1573	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 50 mg	7 szt. (1 blist.po 7 szt.)	05909990980512	2019-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	7,07	10,15	10,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,08
1574	Fludrocortisonum	Cortineff, tabl., 100 µg	20 szt.	05904374007885	2020-11-01	3 lata	80.0, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - mineralokortykoidy - fludrokortyzon	10,48	14,73	14,73	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1575	Fludrocortisonum	Cortineff, tabl., 100 µg	20 szt.	05909990170319	2019-01-01	3 lata	80.0, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - mineralokortykoidy - fludrokortyzon	10,57	14,82	14,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1576	Fluoxetinum	Andepin, kaps. twarde, 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991065515	2019-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	15,10	19,26	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	10,14
1577	Fluoxetinum	Bioxetin, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990372317	2019-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	15,30	19,46	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	10,34
1578	Fluoxetinum	Fluoksetyna EGIS, kaps. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990776955	2019-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	11,56	15,34	12,16	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,83
1579	Fluoxetinum	Fluoxetin Polpharma, kaps. twarde, 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990770311	2019-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	15,11	19,26	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	10,14
1580	Fluoxetinum	Fluoxetine Aurovitas, kaps. twarde, 20 mg	30 tabl.	05909991317621	2019-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	10,35	14,25	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		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	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1581	Fluoxetinum	Fluxemed, kaps. twarde, 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990742509	2019-05-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	10,37	14,28	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	5,16
1582	Fluoxetinum	Seronil, tabl. powl., 10 mg	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	05909990374328	2019-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	39,53	46,23	21,72	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	31,03
1583	Fluoxetinum	Seronil, tabl. powl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990374311	2019-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	13,61	16,22	6,52	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	11,66
1584	Flupentixolum	Fluanxol, tabl. powl., 0.5 mg	50 tabl.	05909991074258	2018-05-01	3 lata	179.1, Leki przeciwpsychotyczne - flupentyksol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,80	13,37	6,29	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		ryczałt	10,28
1585	Flupentixolum	Fluanxol, tabl. powl., 3 mg	50 tabl.	05909991074296	2018-05-01	3 lata	179.1, Leki przeciwpsychotyczne - flupentyksol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,16	37,71	37,71	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		ryczałt	3,20
1586	Flupentixolum	Fluanxol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	1 amp.po 1 ml	05909990127214	2019-01-01	3 lata	179.2, Leki przeciwpsychotyczne - flupentyksol do podawania pozajelitowego	10,24	14,40	14,40	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		ryczałt	3,20
1587	Flutamidum	Apo-Flutam, tabl. powl., 250 mg	30 szt. (1 but.po 30 szt.)	05909990941612	2019-01-01	3 lata	131.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antyandrogeny o budowie niesteroidowej	17,23	23,22	21,46	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,76
1588	Flutamidum	Apo-Flutam, tabl. powl., 250 mg	90 szt. (1 but.po 90 szt.)	05909990941629	2019-01-01	3 lata	131.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antyandrogeny o budowie niesteroidowej	51,84	64,37	64,37	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
1589	Flutamidum	Flutamid Egis, tabl., 250 mg	100 szt. (5 blist.po 20 szt.)	05909990139217	2019-01-01	3 lata	131.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antyandrogeny o budowie niesteroidowej	54,00	67,25	67,25	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
1590	Fluticasoni propionas	Cutivate, maść, 0.05 mg/g	15 g	05909990365111	2019-01-01	3 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	8,64	10,63	4,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,20
1591	Fluticasoni propionas	Cutivate, krem, 0.5 mg/g	15 g	05909990365012	2019-01-01	3 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	8,64	10,63	4,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,20
1592	Fluticasoni propionas	Flixonase, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	poj. 10 ml (120 dawek)	05909990933839	2019-05-01	3 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	11,97	15,85	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	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	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1593	Fluticasoni propionas	Flutixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/2 ml	10 amp. 2 ml	05906414003062	2019-03-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	21,81	28,83	28,83	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1594	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, 250+50 µg	1 inh.po 60 daw.	05909991274931	2019-11-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	76,03	91,81	86,82	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	8,19
1595	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, 500+50 µg	1 inh.po 60 daw.	05909991274955	2019-11-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	90,72	108,27	103,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	8,31
1596	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034870	2020-11-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	57,13	70,49	70,48	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,21
1597	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034887	2020-11-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	71,28	86,82	86,82	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1598	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034894	2020-11-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	85,86	103,16	103,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1599	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Comboterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05906720534670	2017-07-01	5 lat	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	76,23	92,02	86,82	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	8,40
1600	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Comboterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05906720534687	2017-07-01	5 lat	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	93,96	111,67	103,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		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	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1601	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 120 dawek	05909991403959	2021-03-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	71,27	86,81	86,81	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1602	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę odmierzoną	1 inhalator 120 dawek	05909991403966	2021-03-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	85,85	103,15	103,15	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1603	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol wziewny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę odmierzoną	1 inhalator 120 dawek	05909991403898	2021-03-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	57,12	70,48	70,48	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1604	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salflumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę odmierzoną	1 inh.po 60 daw.	05909991383626	2020-03-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	74,52	90,23	86,82	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,61
1605	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salflumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę odmierzoną	1 inh.po 60 daw.	05909991383657	2020-03-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	90,56	108,10	103,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	8,14
1606	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034900	2021-03-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	58,05	71,46	70,48	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	4,18
1607	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034924	2021-03-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	75,82	91,59	86,82	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	7,97
1608	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034931	2021-03-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	92,88	110,53	103,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	10,57

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1609	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 125, aerozol wziewny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw. (1 poj.po 120 daw.)	05909990907014	2019-01-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	98,30	115,20	86,82	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	31,58
1610	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 250, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw. (1 poj.po 120 daw.)	05909990907113	2019-01-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	127,44	146,82	103,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	46,86
1611	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 50, aerozol wziewny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw. (1 poj.po 120 daw.)	05909990906918	2019-01-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	76,53	90,86	70,48	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	23,58
1612	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 100, proszek do inhalacji, 100+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832422	2019-01-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	70,53	84,56	70,48	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	17,28
1613	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 250, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832521	2019-01-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	100,44	117,44	86,82	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	33,82
1614	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 500, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832620	2019-01-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	122,87	142,02	103,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	42,06
1615	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Symflusal, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 blister 60 dawek + inhalator Elpenhaler	05909991078980	2019-01-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	74,52	90,23	86,82	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,61
1616	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Symflusal, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 blister 60 dawek + inhalator Elpenhaler	05909991079055	2019-01-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	90,56	108,10	103,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	8,14
1617	Fluticasonum	Fanipos, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	2 poj. po 120 daw.	05908289660371	2018-05-01	3 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	23,87	30,27	24,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,84

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1618	Fluticasonum	Fanipos, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę donosową	1 szt. (1 but.po 120 daw.)	05909990570720	2019-01-01	3 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	11,97	15,85	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,64
1619	Fluticasonum	Flixonase Nasule, krople do nosa, zawiesina, 400 µg	28 poj. (4 sasz.po 7 poj.)	05909990933822	2019-01-01	3 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	30,78	37,29	23,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	25,69
1620	Fluticasonum	Flixotide, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/2 ml	10 poj. (2 sasz.po 5 poj.)	05909990956517	2019-01-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	29,14	36,53	28,83	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	10,90
1621	Fluticasonum	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg	120 daw.	05909990851423	2019-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	58,10	67,55	30,05	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	40,70
1622	Fluticasonum	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg	60 daw.	05909990851416	2019-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	28,94	34,58	15,03	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	22,75
1623	Fluticasonum	Flixotide, zawiesina do nebulizacji, 2 mg/2 ml	10 poj. (2 sasz.po 5 poj.)	05909990956616	2019-01-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	70,20	85,08	80,09	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	8,19
1624	Fluticasonum	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg	120 daw.	05909990851522	2019-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	90,72	105,15	60,10	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	50,38
1625	Fluticasonum	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg	60 daw.	05909990851515	2019-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	55,08	64,37	30,05	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	37,52
1626	Fluticasonum	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50 µg	120 daw.	05909990851317	2019-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	26,78	31,77	12,02	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	22,95
1627	Fluticasonum	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484621	2019-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	27,32	32,33	12,02	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	23,51
1628	Fluticasonum	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484720	2019-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	52,92	62,11	30,05	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	35,26
1629	Fluticasonum	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484522	2019-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	18,34	21,38	6,01	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	18,57

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1630	Fluticasonum	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 500 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484829	2019-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	90,72	105,15	60,10	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	50,38
1631	Fluticasonum	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg	120 kaps.	05909990938001	2018-03-01	5 lat	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	61,07	74,01	60,10	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	19,24
1632	Fluticasonum	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg/dawkę inhalacyjną	60 kaps.	05909990785858	2019-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	33,26	41,46	30,05	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	14,61
1633	Fluticasonum	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg	120 kaps.	05909990938025	2018-03-01	5 lat	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	122,15	142,15	120,20	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	32,62
1634	Fluticasonum	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 kaps.	05909990785889	2019-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	61,41	74,37	60,10	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	19,60
1635	Fluvoxamini maleas	Fevarin, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909991431211	2020-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	23,33	27,90	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	18,78
1636	Fluvoxamini maleas	Fevarin, tabl. powl., 50 mg	60 szt.	05909991431167	2020-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	23,33	27,90	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	18,78
1637	Fluvoxaminum	Fevarin, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990347827	2019-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	33,37	38,43	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	29,31
1638	Fluvoxaminum	Fevarin, tabl. powl., 50 mg	60 szt.	05909990347728	2019-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	33,37	38,43	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	29,31
1639	Folitropinum delta	Rekovelle, roztwór do wstrzykiwań, 12 µg/0,36 ml	1 wstrzykiwacz 0,36 ml + 3 igły	05909991343019	2020-03-01	2 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	324,00	358,16	242,25	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację 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	119,11

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1640	Folitropinum delta	Rekovelle, roztwór do wstrzykiwań, 72 µg/2,16 ml	1 wstrzykiwacz 2,16 ml + 9 igieł	05909991343033	2020-03-01	2 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	1944,00	2086,09	1453,52	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację 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	635,77
1641	Follitropinum alfa	Bemfola, roztwór do wstrzykiwań, 150 j.m./0,25 ml	1 wstrzykiwacz po 0,25 ml	05997001308486	2021-03-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	157,14	180,79	161,51	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację 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, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli		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	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1642	Follitropinum alfa	Bemfola, roztwór do wstrzykiwań, 225 j.m./0,375 ml	1 wstrzykiwacz po 0,375 ml	05997001308493	2021-03-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	235,71	265,46	242,25	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację 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, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli		ryczałt	26,41

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1643	Follitropinum alfa	Bemfola, roztwór do wstrzykiwań, 300 j.m./0,5 ml	1 wstrzykiwacz po 0,5 ml	05997001308509	2021-03-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	314,28	349,78	323,00	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację 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, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli		ryczałt	29,98

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1644	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	2018-07-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	366,10	404,21	323,00	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację 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, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli		ryczałt	84,41

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1645	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	2018-07-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	91,52	107,88	80,74	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację 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, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli		ryczałt	30,34

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1646	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	2018-07-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	1098,28	1187,55	969,01	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację 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, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli		ryczałt	221,74

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1647	Follitropinum alfa	Ovaleap, roztwór do wstrzykiwań, 300 j.m./0,5 ml	1 wkład 0,5ml + 10 igieł iniekcyjnych	05909991088125	2019-09-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	287,28	321,43	321,43	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację 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, 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	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1648	Follitropinum alfa	Ovaleap, roztwór do wstrzykiwań, 900 j.m./1,5 ml	1 wkład 1,5ml + 20 igieł iniekcyjnych	05909991088149	2019-09-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	868,32	946,10	946,10	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację 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, 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	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1649	Follitropinum beta	Puregon, roztwór do wstrzykiwań, 300 j.m.	1 wkł.	05909990339754	2018-07-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	314,28	349,78	323,00	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację 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		ryczałt	29,98
1650	Follitropinum beta	Puregon, roztwór do wstrzykiwań, 600 j.m.	1 wkł.	05909990339761	2018-07-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	628,56	687,06	646,02	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację 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		ryczałt	44,24

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1651	Formoteroli fumaras	Foradil, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	180 szt.	07613421020934	2018-11-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	137,70	160,66	160,66	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	9,60
1652	Formoteroli fumaras	Foramed, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt. (6 blist.po 10 szt.) + inh.	05909991109523	2019-05-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	47,52	59,45	57,24	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	5,41
1653	Formoteroli fumaras	Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	120 kaps.	05909990937981	2019-11-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	96,11	114,47	114,47	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,40
1654	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	60 kaps.	05909990849000	2019-05-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	48,54	60,52	57,24	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,48
1655	Formoterolum	Atimos, aerozol inhalacyjny, roztwór, 12 µg/dawkę odmierzoną	1 szt. (1 poj.po 120 daw.)	05909990620777	2019-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	101,52	120,15	114,47	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	12,08
1656	Formoterolum	Foradil, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990792924	2019-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	48,06	60,01	57,24	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	5,97
1657	Formoterolum	Foramed, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg/dawkę inhalacyjną	120 szt.	05909991086602	2019-07-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	95,04	113,34	113,34	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,40
1658	Formoterolum	Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	60 szt. (1 but.po 60 szt.)	05909990614400	2019-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	47,74	59,68	57,24	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	5,64
1659	Formoterolum	Forastmin, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 12 µg	120 szt (2 but.po 60 szt.)	05909991218287	2019-03-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	96,08	114,43	114,43	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,40
1660	Formoterolum	Forastmin, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 12 µg	180 szt (3 but.po 60 szt.)	05909991218294	2019-03-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	144,14	167,42	167,42	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	9,60
1661	Formoterolum	Formoterol Easyhaler, proszek do inhalacji, 12 mcg	1 poj. (120 daw.) (+ op.ochr.)	05909990337446	2018-07-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	97,09	115,49	114,47	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	7,42
1662	Formoterolum	Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 4.5 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909990445219	2019-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	31,85	39,72	28,62	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	14,30

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1663	Formoterolum	Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 9 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909990445318	2019-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	41,90	53,55	53,55	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1664	Formoterolum	Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	120 szt.	05909990996681	2019-07-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	96,11	114,47	114,47	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,40
1665	Formoterolum	Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	60 kaps. (6 blist.po 10 kaps.)	05909990975914	2019-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	48,55	60,53	57,24	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,49
1666	Furaginum/Furazidinum	Furaginum Adamed, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990357215	2019-01-01	3 lata	108.0, Chemioterapeutyki do stosowania doustnego - pochodne nitrofuranowe	3,62	5,32	5,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	2,73
1667	Furaginum/Furazidinum	Furaginum Teva, tabletki, 100 mg	30 tabl.	05909991373238	2018-11-01	3 lata	108.0, Chemioterapeutyki do stosowania doustnego - pochodne nitrofuranowe	7,23	10,37	10,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,19
1668	Furaginum/Furazidinum	Furaginum Teva, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990988235	2019-01-01	3 lata	108.0, Chemioterapeutyki do stosowania doustnego - pochodne nitrofuranowe	3,62	5,32	5,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	2,73
1669	Furaginum/Furazidinum	Furazek, tabletki, 100 mg	30 tabl.	05909991304102	2017-05-01	5 lat	108.0, Chemioterapeutyki do stosowania doustnego - pochodne nitrofuranowe	7,24	10,38	10,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,20
1670	Furosemidum	Furosemidum Polfarmex, tabl., 40 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990223794	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	37.0, Leki moczopędne - pętlowe	4,40	6,46	6,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objawowe przerzuty w ośrodkowym układzie nerwowym - profilaktyka i leczenie wspomagające	ryczałt	3,22
1671	Furosemidum	Furosemidum Polpharma, tabl., 40 mg	30 szt.	05909990135028	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	37.0, Leki moczopędne - pętlowe	4,38	6,44	6,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objawowe przerzuty w ośrodkowym układzie nerwowym - profilaktyka i leczenie wspomagające	ryczałt	3,20
1672	Gabapentinum	Gabagamma 100, kaps. twarde, 100 mg	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	05909990714322	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	12,96	17,83	16,47	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	4,56
1673	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg	100 szt.	05909991331108	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	11,88	16,69	16,47	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,42

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1674	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909991331153	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	35,64	46,00	46,00	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,20
1675	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909991331207	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	47,52	59,84	59,84	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,20
1676	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 100 mg	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	05909990339495	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	17,82	22,93	16,47	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	9,66
1677	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909991425340	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	35,10	45,44	45,44	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,20
1678	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 300 mg	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	05909990339709	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	38,88	49,40	49,40	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,20
1679	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 400 mg	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	05909990339600	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	53,24	65,84	65,84	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,20
1680	Gabapentinum	Gabapentin Teva, tabl. powl., 600 mg	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	05909990338542	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	82,08	98,76	98,76	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,56

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1681	Gabapentinum	Gabapentin Teva, tabl. powl., 800 mg	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	05909990338658	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	112,75	132,33	131,73	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	5,34
1682	Gabapentinum	Neuran 100, kaps. twarde, 100 mg	1 but.po 100 szt.	05909990651535	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	17,77	22,88	16,47	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	9,61
1683	Gabapentinum	Neuran 300, kaps. twarde, 300 mg	1 but.po 100 szt.	05909990651566	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	38,23	48,72	48,72	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,20
1684	Gabapentinum	Neuran 400, kaps. twarde, 400 mg	1 but.po 100 szt.	05909990651603	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	50,98	63,46	63,46	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,20
1685	Gabapentinum	Neurontin 100, kaps. twarde, 100 mg	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	05909990769216	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	17,71	22,82	16,47	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	9,55
1686	Gabapentinum	Neurontin 300, kaps. twarde, 300 mg	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	05909990769315	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	53,46	64,71	49,40	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	18,51
1687	Gabapentinum	Neurontin 400, kaps. twarde, 400 mg	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	05909990769414	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	69,98	83,42	65,87	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	20,75

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1688	Gabapentinum	Neurontin 600, tabl. powl., 600 mg	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	05909991017422	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	102,60	120,31	98,80	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	25,07
1689	Gabapentinum	Neurontin 800, tabl. powl., 800 mg	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	05909991017521	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	119,02	138,91	131,73	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	11,92
1690	Gabapentinum	Symleptic, kaps. twarde, 100 mg	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	05909990685554	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	12,85	17,71	16,47	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	4,44
1691	Gabapentinum	Symleptic, kaps. twarde, 300 mg	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	05909990685561	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	37,80	48,27	48,27	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,20
1692	Ganirelixum	Orgalutran, roztwór do wstrzykiwań, 0.25 mg	1 amp.-strz.	05909990880911	2018-07-01	3 lata	78.1, Hormony przysadki i podwzgórza – antygonadotropiny uwalniające hormony	105,84	125,19	125,19	Zapobieganie przedwczesnej owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, poddawanych kontrolowanej hiperstymulacji jajników – refundacja do 3 cykli		50%	62,60
1693	Gentamicinum	Gentamicin KRKA, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 40 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990095711	2019-01-01	3 lata	103.2, Antybiotyki aminoglikozydowe do stosowania pozajelitowego - gentamycyna	7,01	10,06	9,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,27
1694	Gentamicinum	Gentamicin KRKA, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 40 mg/ml	10 amp.po 2 ml	05909990095728	2019-01-01	3 lata	103.2, Antybiotyki aminoglikozydowe do stosowania pozajelitowego - gentamycyna	14,03	19,18	19,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,59
1695	Gentamicinum	Gentamicin WZF 0,3%, krople do oczu, roztwór, 3 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990092413	2019-01-01	3 lata	208.0, Antybiotyki aminoglikozydowe do stosowania do oczu	5,94	8,61	8,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,31
1696	Gliclazidum	Clazicon, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909991267155	2020-11-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	8,64	11,44	8,23	Cukrzyca		ryczałt	6,41
1697	Gliclazidum	Clazicon, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991267162	2020-11-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	8,64	11,44	8,23	Cukrzyca		ryczałt	6,41

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1698	Gliclazidum	Diabrezide, tabl., 80 mg	40 szt. (2 blist.po 20 szt.)	05909990359912	2019-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	8,86	10,96	5,49	Cukrzyca		ryczałt	8,67
1699	Gliclazidum	Diagen, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991216023	2019-07-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	8,64	11,44	8,23	Cukrzyca		ryczałt	6,41
1700	Gliclazidum	Diaprel MR, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt. (2 blist.po 30 szt.)	05909990443017	2019-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	20,90	24,32	8,23	Cukrzyca		ryczałt	19,29
1701	Gliclazidum	Diazidan, tabl., 80 mg	60 szt. (3 blist.po 20 szt.)	05909990911127	2019-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	13,50	16,55	8,23	Cukrzyca		ryczałt	11,52
1702	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990647224	2019-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	12,96	15,98	8,23	Cukrzyca		ryczałt	10,95
1703	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	90 szt.	05909990647231	2019-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	19,44	23,72	12,35	Cukrzyca		ryczałt	16,17
1704	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991056100	2018-07-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	14,04	17,11	8,23	Cukrzyca		ryczałt	12,08
1705	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909991056131	2018-07-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	28,08	33,47	16,46	Cukrzyca		ryczałt	23,41
1706	Gliclazidum	Gliclada, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 90 mg	30 tabl.	05909991267230	2017-05-01	5 lat	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	19,39	23,67	12,35	Cukrzyca		ryczałt	16,12
1707	Gliclazidum	Gliclastad, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg	60 tabl.	05909991004002	2018-01-01	5 lat	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	9,57	12,42	8,23	Cukrzyca		ryczałt	7,39
1708	Gliclazidum	Gliclastad, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg	90 tabl.	05909991004026	2018-01-01	5 lat	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	17,82	22,02	12,35	Cukrzyca		ryczałt	14,47
1709	Gliclazidum	Glikuron, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991256548	2018-09-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	9,18	12,01	8,23	Cukrzyca		ryczałt	6,98

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1710	Gliclazidum	Glikuron, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909991263171	2018-09-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	18,36	23,27	16,46	Cukrzyca		ryczałt	13,21
1711	Gliclazidum	Oziclide MR, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 tabl.	05909991226299	2017-09-01	5 lat	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	12,92	15,93	8,23	Cukrzyca		ryczałt	10,90
1712	Gliclazidum	Oziclide MR, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 tabl.	05909991226305	2017-09-01	5 lat	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	25,84	31,12	16,46	Cukrzyca		ryczałt	21,06
1713	Gliclazidum	Salson, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991267186	2018-11-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	8,91	11,73	8,23	Cukrzyca		ryczałt	6,70
1714	Gliclazidum	Salson, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909991267193	2018-11-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	17,82	22,70	16,46	Cukrzyca		ryczałt	12,64
1715	Gliclazidum	Symazide MR 30, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909991291648	2019-03-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	8,75	11,56	8,23	Cukrzyca		ryczałt	6,53
1716	Gliclazidum	Symazide MR 60, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 tabl.	05909991257392	2018-05-01	5 lat	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	9,57	12,42	8,23	Cukrzyca		ryczałt	7,39
1717	Gliclazidum	Symazide MR 60, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909991257408	2019-03-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	17,50	22,37	16,46	Cukrzyca		ryczałt	12,31
1718	Glimepiridum	Amaryl 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990744817	2019-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	4,61	6,09	4,12	Cukrzyca		ryczałt	5,17
1719	Glimepiridum	Amaryl 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990744916	2019-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	7,78	10,53	8,23	Cukrzyca		ryczałt	5,50
1720	Glimepiridum	Amaryl 3, tabl., 3 mg	30 szt.	05909990745012	2019-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	12,96	16,92	12,35	Cukrzyca		ryczałt	9,37
1721	Glimepiridum	Amaryl 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990745111	2019-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	11,88	16,46	16,46	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	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1722	Glimepiridum	Diaril, tabl., 1 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990566082	2019-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	4,10	5,56	4,12	Cukrzyca		ryczałt	4,64
1723	Glimepiridum	Diaril, tabl., 2 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990566105	2019-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	6,70	9,41	8,23	Cukrzyca		ryczałt	4,38
1724	Glimepiridum	Diaril, tabl., 3 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990566129	2019-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	9,61	13,40	12,35	Cukrzyca		ryczałt	5,85
1725	Glimepiridum	Diaril, tabl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990566143	2019-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	11,83	16,41	16,41	Cukrzyca		ryczałt	6,40
1726	Glimepiridum	Glibetic 1 mg, tabl., 1 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991097615	2019-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	3,88	5,32	4,12	Cukrzyca		ryczałt	4,40
1727	Glimepiridum	Glibetic 2 mg, tabl., 2 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991097516	2019-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	7,85	10,61	8,23	Cukrzyca		ryczałt	5,58
1728	Glimepiridum	Glibetic 3 mg, tabl., 3 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991097417	2019-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	11,55	15,44	12,35	Cukrzyca		ryczałt	7,89
1729	Glimepiridum	Glibetic 4 mg, tabl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991097318	2019-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	13,81	18,49	16,46	Cukrzyca		ryczałt	8,43
1730	Glimepiridum	Glidiamid, tabl., 2 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990430543	2019-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	6,32	9,01	8,23	Cukrzyca		ryczałt	3,98
1731	Glimepiridum	Glidiamid, tabl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990430567	2019-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	12,58	17,20	16,46	Cukrzyca		ryczałt	7,14
1732	Glimepiridum	GlimeHexal 1, tabl., 1 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990337453	2019-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	2,97	4,37	4,12	Cukrzyca		ryczałt	3,45
1733	Glimepiridum	GlimeHexal 2, tabl., 2 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990337521	2019-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	5,94	8,61	8,23	Cukrzyca		ryczałt	3,58

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1734	Glimepiridum	GlimeHexal 3, tabl., 3 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990338078	2019-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	8,91	12,67	12,35	Cukrzyca		ryczałt	5,12
1735	Glimepiridum	GlimeHexal 4, tabl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990338146	2019-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	11,83	16,41	16,41	Cukrzyca		ryczałt	6,40
1736	Glimepiridum	GlimeHexal 6, tabl., 6 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990338207	2019-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	18,36	24,52	24,52	Cukrzyca		ryczałt	9,60
1737	Glimepiridum	Glimepiride Aurovitas, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991365790	2020-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	5,64	8,29	8,23	Cukrzyca		ryczałt	3,26
1738	Glimepiridum	Glimepiride Aurovitas, tabl., 3 mg	30 szt.	05909991365868	2020-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	8,46	12,19	12,19	Cukrzyca		ryczałt	4,80
1739	Glimepiridum	Glimepiride Aurovitas, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991365936	2020-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	11,28	15,83	15,83	Cukrzyca		ryczałt	6,40
1740	Glimepiridum	Glimepiride Genoptim, tabl., 1 mg	30 szt.	05909991075378	2019-05-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	2,16	3,52	3,52	Cukrzyca		ryczałt	3,20
1741	Glimepiridum	Glimepiride Genoptim, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991075590	2019-05-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	5,08	7,71	7,71	Cukrzyca		ryczałt	3,20
1742	Glimepiridum	Glimepiride Genoptim, tabl., 3 mg	30 szt.	05909991075798	2019-05-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	6,48	10,11	10,11	Cukrzyca		ryczałt	4,80
1743	Glimepiridum	Glimepiride Genoptim, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991075996	2019-05-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	10,15	14,65	14,65	Cukrzyca		ryczałt	6,40
1744	Glimepiridum	Glitoprel, tabl., 1 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990085903	2019-03-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	3,11	4,52	4,12	Cukrzyca		ryczałt	3,60
1745	Glimepiridum	Glitoprel, tabl., 2 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990085927	2019-03-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	5,68	8,33	8,23	Cukrzyca		ryczałt	3,30

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1746	Glimepiridum	Glitoprel, tabl., 3 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990085934	2019-03-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	8,55	12,28	12,28	Cukrzyca		ryczałt	4,80
1747	Glimepiridum	Glitoprel, tabl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990085941	2019-03-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	11,53	16,10	16,10	Cukrzyca		ryczałt	6,40
1748	Glimepiridum	Symglic, tabl., 1 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990570348	2019-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	2,72	4,11	4,11	Cukrzyca		ryczałt	3,20
1749	Glimepiridum	Symglic, tabl., 2 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990570355	2019-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	5,57	8,22	8,22	Cukrzyca		ryczałt	3,20
1750	Glimepiridum	Symglic, tabl., 3 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990570362	2019-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	7,68	11,37	11,37	Cukrzyca		ryczałt	4,80
1751	Glimepiridum	Symglic, tabl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990573196	2019-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	10,80	15,33	15,33	Cukrzyca		ryczałt	6,40
1752	Glimepiridum	Symglic, tabl., 6 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990570379	2019-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	17,81	23,93	23,93	Cukrzyca		ryczałt	9,60
1753	Glipizidum	Glipizide BP, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990791712	2019-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	5,35	6,87	4,12	Cukrzyca		ryczałt	5,95
1754	Glucagonum	GlucaGen 1 mg HypoKit, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg	1 fiol.	05909990693313	2019-01-01	3 lata	85.0, Hormony trzustki - glukagon	51,81	64,34	64,34	Cukrzyca		ryczałt	3,20
1755	Glyceroli trinitras	Nitromint, aerozol podjęzykowy, roztwór, 0.4 mg/dawkę	11 g (200 daw.)	05909990156825	2019-01-01	3 lata	33.2, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - trójazotan glicerolu - produkty o natychmiastowym działaniu	12,79	17,63	17,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,41
1756	Glyceroli trinitras	Nitromint, aerozol podjęzykowy, roztwór, 0.4 mg/dawkę	11 g (200 daw.)	05909991223649	2019-01-01	3 lata	33.2, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - trójazotan glicerolu - produkty o natychmiastowym działaniu	12,79	17,63	17,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,41

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1757	Glyceroli trinitras	Sustonit, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 6.5 mg	30 tabl. (3 blist.po 10 szt.)	05909990183036	2019-01-01	3 lata	33.1, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - trójazotan glicerolu - do podawania doustnego	5,72	8,30	8,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,16
1758	Glycopyrronii bromidum	Seebri Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 44 µg	30x1 kapsułka (dawka pojedyncza) + 1 inhalator	05909991000882	2018-09-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	106,38	124,68	102,56	Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia		30%	52,89
1759	Goserelinum	Reseligo, implant w amp.-strz., 10.8 mg	1 szt.	05909991256210	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	477,36	525,64	525,60	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	9,00
1760	Goserelinum	Reseligo, implant w amp.-strz., 3.6 mg	1 szt.	05909991256197	<1>2018-07-01/<2>2019-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	151,20	175,20	175,20	<2>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
1761	Goserelinum	Reseligo, implant w amp.-strz., 3.6 mg	1 szt.	05909991256197	<1>2018-07-01/<2>2019-07-01	3 lata	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	151,20	175,20	175,20	<1>Zahamowanie czynności przysadki u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, w przygotowaniu do kontrolowanej hiperstymulacji jajników – refundacja do 3 cykli		ryczałt	3,20
1762	Goserelinum	Xanderla, implant w amp.-strz., 3.6 mg	1 amp.-strzyk.	05909991335564	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	151,20	175,20	175,20	<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	3,20
1763	Goserelinum	Xanderla LA, implant w amp.-strz., 10.8 mg	1 amp.-strzyk.	05909991335595	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	453,60	500,69	500,69	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
1764	Goserelinum	Zoladex, implant podskórny, 3.6 mg	1 amp.-strz.	05909990082315	<1>2018-07-01/<2>2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	232,20	260,25	175,20	<2>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	88,25

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1765	Goserelinum	Zoladex, implant podskórny, 3.6 mg	1 amp.-strz.	05909990082315	<1>2018-07-01/<2>2019-01-01	3 lata	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	232,20	260,25	175,20	<1>Zahamowanie czynności przysadki u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, w przygotowaniu do kontrolowanej hiperstymulacji jajników – refundacja do 3 cykli		ryczałt	88,25
1766	Goserelinum	Zoladex LA, implant podskórny, 10.8 mg	1 amp.-strz.	05909990783212	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	773,63	836,72	525,60	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	320,08
1767	Haloperidolum	Decaldol, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990077311	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	177.3, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania pozajelitowego	27,43	35,62	35,62	x	choroba Huntingtona	30%	10,69
1768	Haloperidolum	Decaldol, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990077311	2018-07-01	3 lata	177.3, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania pozajelitowego	27,43	35,62	35,62	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
1769	Haloperidolum	Haloperidol UNIA, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	10 ml	05909990239412	2019-01-01	3 lata	177.1, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	3,08	4,52	4,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	1,36
1770	Haloperidolum	Haloperidol UNIA, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	10 ml	05909990239412	2019-01-01	3 lata	177.1, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	3,08	4,52	4,52	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
1771	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 1 mg	40 tabl. (2 blist.po 20 szt.)	05909990104017	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	177.2, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,16	5,52	3,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroba Huntingtona	30%	2,83
1772	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 1 mg	40 tabl. (2 blist.po 20 szt.)	05909990104017	2019-01-01	3 lata	177.2, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,16	5,52	3,85	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,67
1773	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 5 mg	30 tabl. (2 blist.po 15 szt.)	05909990722617	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	177.2, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,26	14,42	14,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroba Huntingtona	30%	4,33

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1774	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 5 mg	30 tabl. (2 blist.po 15 szt.)	05909990722617	2019-01-01	3 lata	177.2, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,26	14,42	14,42	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
1775	Haloperidolum	Haloperidol WZF 0,2%, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969319	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2018-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	177.1, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	4,31	5,82	4,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroba Huntingtona	30%	2,66
1776	Haloperidolum	Haloperidol WZF 0,2%, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969319	2019-01-01	3 lata	177.1, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	4,31	5,82	4,52	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,30
1777	Hydrocortisoni butyras	Laticort 0,1%, płyn na skórę, 1 mg/ml	20 ml	05909990229215	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	55.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o słabej i średniej sile działania	4,62	6,79	6,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	powikłania skórne u chorych na nowotwory - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	3,40
1778	Hydrocortisonum	Hydrocortisonum AFP, krem, 10 mg/g	1 tuba po 15 g	05909990950317	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	55.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o słabej i średniej sile działania	3,02	4,64	4,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	powikłania skórne u chorych na nowotwory - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	2,32
1779	Hydrocortisonum	Hydrocortisonum-SF, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991218140	2019-11-01	3 lata	82.7, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - hydrokortyzon	13,28	18,23	18,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,47
1780	Hydroxycarbamidum	Hydroxycarbamid Teva, kaps., 500 mg	100 szt. (1 but.po 250 ml)	05909990836758	2019-03-01	3 lata	126.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne - hydroksymocznik	64,58	79,09	79,09	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
1781	Hydroxycarbamidum	Hydroxyurea medac, kaps. twarde, 500 mg	100 szt.	05909990944927	2019-01-01	3 lata	126.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne - hydroksymocznik	86,12	101,71	79,09	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	22,62
1782	Ibuprofenum	Ibuprofen Hasco, kaps. miękkie, 200 mg	60 szt.	05909990853540	2019-03-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	4,45	6,16	5,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,25

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1783	Ibuprofenum	Ibuprofen Polfarmex, tabl. powl., 200 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990830732	2019-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	5,17	6,92	5,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,01
1784	Ibuprofenum	Ibuprofen-Pabi, tabl. drażowane, 200 mg	60 szt. (3 blist.po 20 szt.)	05909990132928	2019-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	5,17	6,92	5,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,01
1785	Icatibantum	Firazyr, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	05909990740635	2020-09-01	3 lata	241.2, Leki stosowane w dziedzicznym obrzęku naczynioruchowym - ikatybant	5085,48	5435,00	5435,00	Leczenie ostrych zagrażających życiu napadów obrzęku naczynioruchowego u chorych dorosłych na dziedziczny obrzęk naczynioruchowy wywołany niedoborem inhibitora esterazy C1		ryczałt	3,20
1786	Imidaprilum	Tanatril, tabl., 10 mg	28 tabl. (2 blist.po 14 szt.)	05909991069919	2019-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,71	20,12	5,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	17,99
1787	Imidaprilum	Tanatril, tabl., 20 mg	28 tabl. (2 blist.po 14 szt.)	05909991070014	2019-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,21	35,56	10,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	30,87
1788	Imidaprilum	Tanatril, tabl., 5 mg	28 tabl. (2 blist.po 14 szt.)	05909991069810	2019-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,80	8,95	2,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,95
1789	Indacaterolum + Glycopyrronii bromidum	Ultibro Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 85+43 µg	30 szt. + inhal.	05909991080921	2021-03-01	2 lata 6 miesięcy	201.3, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o długim działaniu	149,69	173,53	173,53	Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia		30%	52,06
1790	Indapamidum	Diuresin SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990975815	2019-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	6,37	8,78	7,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,61
1791	Indapamidum	Diuresin SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg	60 szt.	05909991276621	2020-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	12,07	16,29	14,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,96
1792	Indapamidum	Indapamide KRKA, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg	30 szt.	05909990957125	2018-07-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	5,04	7,38	7,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,21

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1793	Indapamidum	Indapamide SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg	30 szt.	05909990644933	2020-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	4,48	6,79	6,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,04
1794	Indapamidum	Indapamide SR Genoptim, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg	30 szt.	05909990799398	2021-03-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	4,75	7,08	7,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,12
1795	Indapamidum	Indapen, tabl. powl., 2.5 mg	20 szt.	05909990863013	2019-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	6,47	9,05	8,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,31
1796	Indapamidum	Indapen SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg	30 tabl. (3 blist.po 10 szt.)	05909990665907	2019-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	6,04	8,43	7,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,26
1797	Indapamidum	Indapres, tabl. powl., 2.5 mg	30 szt.	05909990223121	2019-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	6,48	9,95	9,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,99
1798	Indapamidum	Indix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1.5 mg	30 szt.	05909991025014	2018-09-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	5,04	7,38	7,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,21
1799	Indapamidum	Indix SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg	90 tabl.	05908289660401	2017-09-01	5 lat	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	15,12	20,56	20,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,17
1800	Indapamidum	Ipres long 1,5, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990012688	2019-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	6,45	8,86	7,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,69
1801	Indapamidum	Ivipamid, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg	30 szt.	05909990834730	2019-05-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	4,21	6,51	6,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	1,95
1802	Indapamidum	Opamid, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990770182	2019-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	6,21	8,61	7,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,44
1803	Indapamidum	Rawel SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990424801	2019-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	4,88	7,21	7,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,16
1804	Indapamidum	Rawel SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990424849	2019-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	9,76	13,87	13,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,16
1805	Indapamidum	Symapamid SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990734993	2019-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	4,86	7,19	7,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,16
1806	Indapamidum	Tertensif SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990738212	2019-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	10,18	12,78	7,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,61
1807	Indapamidum + Amlodipinum	Tertens-AM, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 1,5+10 mg	30 szt.	05909991092566	2018-11-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	12,64	15,36	7,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,19
1808	Indapamidum + Amlodipinum	Tertens-AM, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 1,5+5 mg	30 szt.	05909991092597	2018-11-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	11,56	14,23	7,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,06

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1809	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	2020-11-01	3 lata	241.1, Leki stosowane w dziedzicznym obrzęku naczynioruchowym – ludzki inhibitor C1-esterazy	6606,36	7051,89	7051,89	Przerywanie ostrego, zagrażającego życiu ataku wrodzonego obrzęku naczynioruchowego, obejmującego gardło, krtań lub jamę brzuszną; Przedzabiegowe zapobieganie stanom ostrym wrodzonego obrzęku naczynioruchowego (zabiegi stomatologiczne, zabiegi na twarzoczaszce, zabiegi chirurgiczne, zabiegi diagnostyczne z użyciem instrumentów, poród)		ryczałt	3,20
1810	Inhibitor C1-esterazy, ludzki	Berinert 500, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 500 j.m.	1 fiol. z prosz. + 1 fiol. z rozp. + 1 zestaw do podawania	05909990713639	2021-03-01	3 lata	241.1, Leki stosowane w dziedzicznym obrzęku naczynioruchowym – ludzki inhibitor C1-esterazy	2202,12	2369,63	2350,41	Przerywanie ostrego, zagrażającego życiu ataku wrodzonego obrzęku naczynioruchowego, obejmującego gardło, krtań lub jamę brzuszną; Przedzabiegowe zapobieganie stanom ostrym wrodzonego obrzęku naczynioruchowego (zabiegi stomatologiczne, zabiegi na twarzoczaszce, zabiegi chirurgiczne, zabiegi diagnostyczne z użyciem instrumentów, poród)		ryczałt	22,42
1811	Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum	Insuman Comb 25, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990915613	2019-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	85,68	102,62	95,88	Cukrzyca		ryczałt	10,74
1812	Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum	Mixtard 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990238323	2019-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	79,27	95,88	95,88	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1813	Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum	Mixtard 40 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990347124	2019-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	79,27	95,88	95,88	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1814	Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum	Mixtard 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990348121	2019-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	79,27	95,88	95,88	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1815	Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum	Polhumin Mix - 2, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022921	2019-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	79,27	95,88	95,88	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1816	Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum	Polhumin Mix - 3, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023027	2019-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	79,27	95,88	95,88	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1817	Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum	Polhumin Mix - 4, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023126	2019-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	79,27	95,88	95,88	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1818	Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum	Polhumin Mix - 5, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023324	2019-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	79,27	95,88	95,88	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1819	Insulini injectio neutralis	Actrapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990237920	2019-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	79,27	95,88	95,88	Cukrzyca		ryczałt	4,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1820	Insulini injectio neutralis	Insuman Rapid, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990914715	2019-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	85,68	102,62	95,88	Cukrzyca		ryczałt	10,74
1821	Insulinum aspartum	Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	1 fiol. a 10 ml	05909991378059	2020-03-01	2 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	66,99	80,39	63,92	Cukrzyca typu I		ryczałt	19,67
1822	Insulinum aspartum	Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991306298	2020-03-01	2 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	111,13	129,35	95,88	Cukrzyca typu I		ryczałt	37,47
1823	Insulinum aspartum	Insulin aspart Sanofi, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	10 wstrzykiwaczy 3 ml SoloStar	05909991429171	2021-03-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	173,26	198,58	191,76	Cukrzyca		ryczałt	14,82
1824	Insulinum aspartum	NovoMix 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990879915	2019-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	115,94	134,40	95,88	Cukrzyca		ryczałt	42,52
1825	Insulinum aspartum	NovoMix 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3ml	05909990614981	2019-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	117,56	136,10	95,88	Cukrzyca		ryczałt	44,22
1826	Insulinum aspartum	NovoRapid, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	1 fiol.po 10 ml	05909991369668	2020-09-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	77,00	90,90	63,92	Cukrzyca		ryczałt	30,18
1827	Insulinum aspartum	NovoRapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990451814	2019-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	115,51	133,95	95,88	Cukrzyca		ryczałt	42,07
1828	Insulinum degludecum	Tresiba FlexTouch, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu , 200 j/ml	3 wstrzykiwacze po 3 ml	05909991107864	2019-05-01	2 lata	14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insulin	224,21	252,21	183,56	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 o znanej przyczynie (zgodnie z definicją wg WHO)		30%	123,72
1829	Insulinum degludecum	Tresiba Penfill, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie , 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml (Penfill)	05909991107833	2019-05-01	2 lata	14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insulin	186,84	211,84	152,97	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 o znanej przyczynie (zgodnie z definicją wg WHO)		30%	104,76

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1830	Insulinum degludecum + Insulinum aspartum	Ryzodeg, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml Penfill	05909991371562	2020-01-01	2 lata	14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insulin	151,20	174,42	152,97	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%	67,34
1831	Insulinum detemirum	Levemir, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml (Penfill)	05909990005741	<1>2019-07-01/<2>2020-11-01	3 lata	14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insulin	186,30	211,28	152,97	<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%	104,20
1832	Insulinum glarginum	Abasaglar, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909991201982	2020-09-01	3 lata	14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insulin	272,65	305,94	305,94	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%	91,78
1833	Insulinum glarginum	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkładów po 3 ml	05909990895717	<1>2019-07-01/<2>2020-09-01	3 lata	14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insulin	171,72	195,97	152,97	<1>Cukrzyca typu I u dorosłych, młodzieży i dzieci od 6 roku życia; <2>Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z HbA1c ≥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%	88,89

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1834	Insulinum glarginum	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	05909990617555	<1>2019-07-01/<2>2020-09-01	3 lata	14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insulin	171,72	195,97	152,97	<1>Cukrzyca typu I u dorosłych, młodzieży i dzieci od 6 roku życia; <2>Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z HbA1c ≥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%	88,89
1835	Insulinum glarginum	Toujeo, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 300 j/ml	10 wstrzykiwaczy SoloStar po 1,5 ml	05909991231538	2020-01-01	3 lata	14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insulin	481,14	528,44	458,91	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%	207,20
1836	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	1 fiol.po 10 ml	05909990008483	2019-05-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	72,00	85,65	63,92	Cukrzyca		ryczałt	24,93
1837	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990008575	2019-05-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	108,00	126,06	95,88	Cukrzyca		ryczałt	34,18
1838	Insulinum glulisinum	Apidra SoloStar, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wstrz.po 3 ml	05909990617197	2019-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	108,15	126,22	95,88	Cukrzyca		ryczałt	34,34
1839	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	1 fiol.po 10 ml	05909990853014	2019-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	52,65	65,34	63,92	Cukrzyca		ryczałt	4,62
1840	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990853113	2019-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	80,84	97,54	95,88	Cukrzyca		ryczałt	5,66
1841	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990853311	2019-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	80,84	97,54	95,88	Cukrzyca		ryczałt	5,66
1842	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990853519	2019-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	80,84	97,54	95,88	Cukrzyca		ryczałt	5,66
1843	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	1 fiol.po 10 ml	05909990852314	2019-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	52,65	65,34	63,92	Cukrzyca		ryczałt	4,62

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1844	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990852413	2019-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	80,84	97,54	95,88	Cukrzyca		ryczałt	5,66
1845	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	1 fiol.po 10 ml	05909990852017	2019-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	52,65	65,34	63,92	Cukrzyca		ryczałt	4,62
1846	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990852116	2019-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	80,84	97,54	95,88	Cukrzyca		ryczałt	5,66
1847	Insulinum humanum	Humulin M3 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990246014	2019-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	82,26	99,03	95,88	Cukrzyca		ryczałt	7,15
1848	Insulinum humanum	Humulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990246717	2019-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	82,26	99,03	95,88	Cukrzyca		ryczałt	7,15
1849	Insulinum humanum	Humulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990247011	2019-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	82,26	99,03	95,88	Cukrzyca		ryczałt	7,15
1850	Insulinum humanum	Insuman Basal SoloStar 100 j.m./ml zawiesina do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	05909990672448	2019-03-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	80,46	97,14	95,88	Cukrzyca		ryczałt	5,26
1851	Insulinum humanum	Insuman Comb 25 SoloStar 100 j.m./ml zawiesina do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	05909990672585	2019-03-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	80,46	97,14	95,88	Cukrzyca		ryczałt	5,26
1852	Insulinum humanum	Insuman Rapid SoloStar 100 j.m./ml roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100 j.m./ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	05909990672363	2019-03-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	80,46	97,14	95,88	Cukrzyca		ryczałt	5,26
1853	Insulinum humanum	Polhumin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022525	2019-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	79,27	95,88	95,88	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1854	Insulinum humanum	Polhumin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022822	2019-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	79,27	95,88	95,88	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1855	Insulinum isophanum	Insulatard Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990348923	2019-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	79,27	95,88	95,88	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1856	Insulinum isophanum	Insuman Basal, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990915019	2019-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	85,68	102,62	95,88	Cukrzyca		ryczałt	10,74
1857	Insulinum lisprum	Insulin Lispro Sanofi, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100 j./ml	10 wstrz. 3 ml SoloStar	05909991333553	2020-11-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	173,03	198,34	191,76	Cukrzyca		ryczałt	14,58

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1858	Insulinum lisprum	Liprolog, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	1 fiol. a 10 ml	05909990005482	2019-11-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	57,67	70,59	63,92	Cukrzyca		ryczałt	9,87
1859	Insulinum lisprum	Liprolog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990005536	2021-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	170,00	195,16	191,76	Cukrzyca		ryczałt	11,40
1860	Insulinum lisprum	Liprolog Junior KwikPen, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05907677973123	2021-03-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	84,24	101,11	95,88	Cukrzyca		ryczałt	9,23
1861	Insulinum lisprum	Liprolog KwikPen, roztwór do wstrz., 200 j.m./ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05999885490165	2019-11-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	170,00	195,16	191,76	Cukrzyca		ryczałt	11,40
1862	Insulinum lisprum zinci protaminati injectio + Insulinum lisprum, injectio neutralis	Humalog Mix25, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990455010	2019-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	115,35	133,78	95,88	Cukrzyca		ryczałt	41,90
1863	Insulinum lisprum zinci protaminati injectio + Insulinum lisprum, injectio neutralis	Humalog Mix50, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990455614	2019-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	115,35	133,78	95,88	Cukrzyca		ryczałt	41,90
1864	Insulinum lisprum, injectio neutralis	Humalog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990692422	2019-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	114,70	133,10	95,88	Cukrzyca		ryczałt	41,22
1865	Ipratropii bromidum	Atrodil, aerozol inhalacyjny, roztwór, 20 µg	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909991185879	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	201.1, Wziewne leki antycholinergiczne o krótkim działaniu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o krótkim działaniu	14,13	19,31	19,31	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli	mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo - płucna; dyskineza rzęsek	ryczałt	3,56
1866	Ipratropii bromidum	Atrovent, płyn do inhalacji z nebulizatora, 250 µg/ml	1 but.po 20 ml	05909990322114	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	201.1, Wziewne leki antycholinergiczne o krótkim działaniu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o krótkim działaniu	11,56	14,87	9,66	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli	mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo - płucna; dyskineza rzęsek	ryczałt	8,41
1867	Ipratropii bromidum	Atrovent N, aerozol wziewny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909990999019	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	201.1, Wziewne leki antycholinergiczne o krótkim działaniu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o krótkim działaniu	14,14	19,32	19,31	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli	mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo - płucna; dyskineza rzęsek	ryczałt	3,57
1868	Irbesartanum	Irbesartan Aurovitas, tabl., 150 mg	28 szt.	05909991334178	2019-11-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,09	12,71	12,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,26

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1869	Irbesartanum	Irbesartan Aurovitas, tabl., 300 mg	28 szt.	05909991334208	2019-11-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,19	24,17	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,27
1870	Irbesartanum	Irprestan, tabl. powl., 150 mg	28 szt.	05909990747085	2019-05-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,31	17,15	12,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,70
1871	Irbesartanum	Irprestan, tabl. powl., 300 mg	28 szt.	05909990747122	2019-05-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	26,61	33,00	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	16,10
1872	Irbesartanum	Irprestan, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909990747054	2019-05-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,65	8,76	6,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,53
1873	Isosorbidi mononitras	Effox long 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	05909990368624	2017-09-01	5 lat	34.1, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - dwuazotan i monoazotan izosorbidu do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,26	11,76	11,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,41
1874	Isosorbidi mononitras	Effox long 75, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990452118	2017-09-01	5 lat	34.1, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - dwuazotan i monoazotan izosorbidu do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	12,31	17,02	17,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,00
1875	Isosorbidi mononitras	Mono Mack Depot, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	14 szt. (2 blist.po 7 szt.)	05909990669011	2019-01-01	3 lata	34.1, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - dwuazotan i monoazotan izosorbidu do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,31	12,69	10,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,83
1876	Isosorbidi mononitras	Mono Mack Depot, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990669028	2019-01-01	3 lata	34.1, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - dwuazotan i monoazotan izosorbidu do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,15	24,83	21,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	11,12
1877	Isosorbidi mononitras	Mononit 10, tabl. powl., 10 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990010516	2019-01-01	3 lata	34.1, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - dwuazotan i monoazotan izosorbidu do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	3,96	5,54	4,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1878	Isosorbidi mononitras	Mononit 100 retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991011727	2019-01-01	3 lata	34.1, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - dwuazotan i monoazotan izosorbidu do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,42	22,19	22,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,00
1879	Isosorbidi mononitras	Mononit 20, tabl. powl., 20 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990010622	2019-01-01	3 lata	34.1, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - dwuazotan i monoazotan izosorbidu do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,32	10,26	9,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,38
1880	Isosorbidi mononitras	Mononit 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990010714	2019-01-01	3 lata	34.1, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - dwuazotan i monoazotan izosorbidu do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,75	9,65	9,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,77
1881	Isosorbidi mononitras	Mononit 60 retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991011529	2019-01-01	3 lata	34.1, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - dwuazotan i monoazotan izosorbidu do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,42	15,56	13,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,74
1882	Itraconazolum	Ipozumax, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909991183899	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	63,72	77,35	77,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka	50%	38,68
1883	Itraconazolum	Ipozumax, kaps. twarde, 100 mg	4 szt.	05909991183882	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	9,87	13,40	11,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka	50%	7,60
1884	Itraconazolum	Itragen, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909990617463	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	63,72	77,35	77,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka	50%	38,68

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1885	Itraconazolum	Itrax, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909990858262	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	64,30	77,96	77,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka	50%	38,98
1886	Itraconazolum	Itrax, kaps. twarde, 100 mg	4 szt.	05909990858255	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	9,61	13,13	11,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka	50%	7,33
1887	Itraconazolum	Itromyx, kapsułki twarde, 100 mg	28 szt.	05906414000801	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	46,05	58,79	58,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka	50%	29,40
1888	Itraconazolum	Itromyx, kapsułki twarde, 100 mg	4 szt.	05906414000795	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	9,18	12,68	11,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka	50%	6,88
1889	Itraconazolum	Orungal, kaps., 100 mg	28 szt. (7 blist.po 4 szt.)	05909990004331	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	46,44	59,20	59,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka	50%	29,60
1890	Itraconazolum	Orungal, kaps., 100 mg	4 szt. (1 blist.po 4 szt.)	05909990004317	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	8,64	12,11	11,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka	50%	6,31
1891	Itraconazolum	Trioxal, kaps., 100 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909991053826	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	69,65	83,57	81,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka	50%	42,97

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1892	Itraconazolum	Trioxal, kaps., 100 mg	4 szt. (1 blist.po 4 szt.)	05909991053819	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	10,79	14,37	11,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka	50%	8,57
1893	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991427764	2021-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	58,32	72,64	72,64	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
1894	Ivabradinum	Bixebra, tabl., 5 mg	56 szt.	05909991286613	2018-11-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	79,87	95,26	80,40	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	18,06
1895	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powl., 7.5 mg	56 szt.	05909991427511	2021-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	86,40	104,39	104,39	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
1896	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powl., 7.5 mg	56 szt.	05909991351274	2018-05-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	104,76	123,67	120,60	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	6,27

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1897	Ivabradinum	Bixebra, tabl., 7.5 mg	56 szt.	05909991286927	2018-11-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	119,80	139,46	120,60	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	22,06
1898	Ivabradinum	Ivab, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991387044	2020-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	68,00	82,80	80,40	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 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	5,60
1899	Ivabradinum	Ivab, tabl. powl., 7.5 mg	56 szt.	05909991387051	2020-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	102,00	120,77	120,60	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	3,37
1900	Ivabradinum	Ivabradine Anpharm, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991264710	2020-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	69,33	84,20	80,40	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 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	7,00
1901	Ivabradinum	Ivabradine Anpharm, tabl. powl., 7.5 mg	56 szt.	05909991264734	2020-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	105,61	124,56	120,60	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	7,16

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1902	Ivabradinum	Ivabradine Aurovitas, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991348762	2021-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	65,71	80,40	80,40	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 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
1903	Ivabradinum	Ivabradine Genoptim , tabletki powlekane, 5 mg	56 tabl.	05909991326470	2018-09-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	68,00	82,80	80,40	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 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	5,60
1904	Ivabradinum	Ivabradine Genoptim , tabletki powlekane, 7.5 mg	56 tabl.	05909991326494	2018-09-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	102,00	120,77	120,60	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	3,37
1905	Ivabradinum	Ivabradine Mylan, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991322779	2021-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	62,64	77,17	77,17	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
1906	Ivabradinum	Ivabradine Mylan, tabl. powl., 7.5 mg	56 szt.	05909991322786	2021-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	93,96	112,33	112,33	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1907	Ivabradinum	Ivabradine Zentiva, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991298586	2020-11-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	59,40	73,77	73,77	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
1908	Ivabradinum	Ivabradine Zentiva, tabl. powl., 7.5 mg	56 szt.	05909991298654	2020-11-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	89,10	107,23	107,23	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
1909	Ivabradinum	Ivares, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991313425	2019-11-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	65,72	80,41	80,40	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 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	3,21
1910	Ivabradinum	Ivares, tabl. powl., 7.5 mg	56 szt.	05909991313555	2019-11-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	102,00	120,77	120,60	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	3,37
1911	Ivabradinum	Ivohart, tabletki powlekane, 5 mg	112 szt.	05909991329822	2018-07-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	133,81	155,90	155,90	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	3,98

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1912	Ivabradinum	Ivohart, tabletki powlekane, 5 mg	56 szt.	05909991329785	2018-07-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	65,71	80,40	80,40	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 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
1913	Ivabradinum	Ivohart, tabletki powlekane, 7.5 mg	112 szt.	05909991329891	2018-07-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	200,77	228,49	228,49	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	5,97
1914	Ivabradinum	Ivohart, tabletki powlekane, 7.5 mg	56 szt.	05909991329853	2018-07-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	100,39	119,08	119,08	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 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
1915	Ivabradinum	Raenom, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991307349	2020-09-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	65,71	80,40	80,40	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 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
1916	Ivabradinum	Raenom, tabl. powl., 7.5 mg	56 szt.	05909991307370	2020-09-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	98,56	117,16	117,16	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1917	Kalii chloridum	Kalipoz Prolongatum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 391 mg	60 szt. (3 blist.po 20 szt.)	05909990257539	2019-01-01	3 lata	20.0, Produkty do doustnej suplementacji potasu	7,50	10,75	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1918	Kalii citras + Kalii hydrocarbonas	Kalium Effervescens bezcukrowy, granulat musujący, 782 mg jonów potasu/3 g	20 sasz.po 3 g	05909990269310	2019-01-01	3 lata	20.0, Produkty do doustnej suplementacji potasu	19,33	22,38	7,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,36
1919	Kalii citras + Natrii citras + Acidum citricum	Citrolyt, granulat do sporządzania roztworu doustnego, 46,4+39,1+14,5 g/100 g	220 g	05909990210817	2019-01-01	3 lata	74.0, Leki urologiczne zmieniające pH moczu - cytryniany do sporządzania roztworu doustnego	42,79	53,92	53,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	16,18
1920	Ketoprofenum	Bi-Profenid, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 150 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	05909990412112	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	9,49	12,70	10,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	7,60
1921	Ketoprofenum	Febrofen, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	05909990413317	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	13,92	18,11	13,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	11,31
1922	Ketoprofenum	Ketonal DUO, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990064694	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	16,85	21,43	15,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	13,77
1923	Ketoprofenum	Ketonal forte, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990046485	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	11,34	14,65	10,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	9,55
1924	Ketoprofenum	Ketoprofen-SF, kaps. twarde, 100 mg	20 szt.	05909990794553	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	5,75	8,03	6,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	4,63

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1925	Ketoprofenum	Profenid, czopki, 100 mg	10 szt. (2 blist.po 5 szt.)	05909990098514	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	141.2, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doodbytniczego	7,94	10,88	9,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	6,30
1926	Ketoprofenum	Profenid, tabl. powl., 100 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990760718	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	8,64	11,81	10,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	6,71
1927	Ketoprofenum	Refastin, tabl. powl., 100 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990675593	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	10,99	14,29	10,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	9,19
1928	Lacidipinum	Lacipil, tabl. powl., 2 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990650521	2019-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,35	7,67	3,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,22
1929	Lacidipinum	Lacipil, tabl. powl., 4 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990650620	2019-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	12,70	15,35	6,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,46
1930	Lacidipinum	Lacipil, tabl. powl., 6 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990625697	2019-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	19,05	22,76	10,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,42
1931	Lacidipinum	Lacydyna, tabl. powl., 4 mg	28 tabl.	05909991105563	2019-03-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	12,10	14,72	6,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,83
1932	Lacidipinum	Lacydyna, tabl. powl., 6 mg	28 tabl.	05909991105549	2019-03-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	18,14	21,81	10,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,47
1933	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	05909991134907	2018-07-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,29	7,60	3,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,15
1934	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powl., 2 mg	56 szt.	05907695215205	2019-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	12,47	15,10	6,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,21
1935	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powl., 4 mg	28 szt.	05909991134938	2018-07-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	12,53	15,18	6,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,29
1936	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powl., 4 mg	56 szt.	05907695215212	2019-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	24,95	29,71	13,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	19,92

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1937	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powl., 6 mg	28 szt.	05909991134969	2018-07-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	18,86	22,56	10,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,22
1938	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powl., 6 mg	56 szt.	05907695215229	2019-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	37,49	43,87	20,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	29,19
1939	Lacosamidum	Arkvimma, tabletki powlekane, 100 mg	56 tabl.	05909991362584	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	66,53	81,50	81,50	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
1940	Lacosamidum	Arkvimma, tabletki powlekane, 150 mg	56 tabl.	05909991362621	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	99,79	118,63	118,63	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 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
1941	Lacosamidum	Arkvimma, tabletki powlekane, 200 mg	56 tabl.	05909991365677	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	133,06	155,34	155,34	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,98
1942	Lacosamidum	Arkvimma, tabletki powlekane, 50 mg	14 tabl.	05909991362522	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	8,42	12,02	12,02	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1943	Lacosamidum	Lackepila, tabletki powlekane, 100 mg	56 tabl.	05909991364038	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	75,55	90,96	90,96	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
1944	Lacosamidum	Lackepila, tabletki powlekane, 150 mg	56 tabl.	05909991364083	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	113,35	132,87	132,87	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1945	Lacosamidum	Lackepila, tabletki powlekane, 200 mg	56 tabl.	05909991364137	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	151,15	174,34	174,34	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,98
1946	Lacosamidum	Lackepila, tabletki powlekane, 50 mg	14 tabl.	05909991363963	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	9,40	13,04	12,08	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	4,16
1947	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabletka powlekana, 100 mg	56 tabl. w blistrze	05055565743331	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	70,20	85,34	85,34	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1948	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabletka powlekana, 150 mg	56 tabl. w blistrze	05055565743348	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	105,30	124,42	124,42	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
1949	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabletka powlekana, 200 mg	56 tabl. w blistrze	05055565743355	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	140,40	163,05	163,05	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
1950	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabletka powlekana, 50 mg	14 tabl. w blistrze	05055565743324	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	8,77	12,38	12,08	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,50
1951	Lacosamidum	Lacosamide Glenmark, tabletki powlekane, 100 mg	56 tabl.	05902020241591	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	75,60	91,01	91,01	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	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1952	Lacosamidum	Lacosamide Glenmark, tabletki powlekane, 150 mg	56 tabl.	05902020241607	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	113,40	132,92	132,92	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
1953	Lacosamidum	Lacosamide Glenmark, tabletki powlekane, 200 mg	56 tabl.	05902020241614	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	151,20	174,39	174,39	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
1954	Lacosamidum	Lacosamide Glenmark, tabletki powlekane, 50 mg	14 tabl.	05902020241584	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	9,45	13,10	12,08	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	4,22
1955	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabletki powlekane, 100 mg	56 tabl.	05909991358358	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	68,04	83,07	83,07	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1956	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabletki powlekane, 150 mg	56 tabl.	05909991358365	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	102,06	121,01	121,01	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	3,20
1957	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabletki powlekane, 200 mg	56 tabl.	05909991358372	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	136,08	158,51	158,51	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	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
1958	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabletki powlekane, 50 mg	14 tabl.	05909991358341	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	8,49	12,08	12,08	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1959	Lacosamidum	Lacosamide Zentiva, tabletki powlekane, 100 mg	56 tabl.	05909991376949	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	70,20	85,34	85,34	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1960	Lacosamidum	Lacosamide Zentiva, tabletki powlekane, 150 mg	56 tabl.	05909991376970	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	105,30	124,42	124,42	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
1961	Lacosamidum	Lacosamide Zentiva, tabletki powlekane, 200 mg	56 tabl.	05909991377007	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	140,40	163,05	163,05	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
1962	Lacosamidum	Lacosamide Zentiva, tabletki powlekane, 50 mg	14 tabl.	05909991376895	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	8,77	12,38	12,08	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,50
1963	Lacosamidum	Seizpat, tabl. powl., 100 mg	56 szt.	05909991376017	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	64,80	79,67	79,67	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1964	Lacosamidum	Seizpat, tabl. powl., 150 mg	56 szt.	05909991376055	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	97,20	115,91	115,91	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1965	Lacosamidum	Seizpat, tabl. powl., 200 mg	56 szt.	05909991376093	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	129,60	151,71	151,71	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,98

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1966	Lacosamidum	Seizpat, tabl. powl., 50 mg	14 szt.	05909991375966	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	8,10	11,68	11,68	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1967	Lacosamidum	Trelema, tabl. powl., 100 mg	56 tabl.	05909991384234	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	64,37	79,22	79,22	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1968	Lacosamidum	Trelema, tabl. powl., 150 mg	56 tabl.	05909991384241	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	96,55	115,23	115,23	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1969	Lacosamidum	Trelema, tabl. powl., 200 mg	56 tabl.	05909991384258	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	128,74	150,81	150,81	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,98
1970	Lacosamidum	Trelema, tabl. powl., 50 mg	14 tabl.	05909991384197	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	8,05	11,62	11,62	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1971	Lacosamidum	Zilibra, tabl. powl., 100 mg	56 szt.	05909991368371	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	67,89	82,91	82,91	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1972	Lacosamidum	Zilibra, tabl. powl., 150 mg	56 szt.	05909991368401	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	101,84	120,78	120,78	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1973	Lacosamidum	Zilibra, tabl. powl., 200 mg	56 szt.	05909991368432	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	135,79	158,21	158,21	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,98
1974	Lacosamidum	Zilibra, tabl. powl., 50 mg	14 szt.	05909991368333	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	8,48	12,07	12,07	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1975	Lakozamid	Vimpat, syrop, 10 mg/ml	200 ml (but.)	05909990935505	2018-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	244.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - płynne postacie farmaceutyczne	118,80	139,48	139,48	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
1976	Lakozamid	Vimpat, tabl. powl., 100 mg	56 szt.	05909990662593	2018-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	302,40	329,15	96,64	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	235,71
1977	Lakozamid	Vimpat, tabl. powl., 150 mg	56 szt.	05909990662623	2018-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	453,60	490,13	144,96	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	348,37
1978	Lakozamid	Vimpat, tabl. powl., 200 mg	56 szt.	05909990662661	2018-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	604,80	650,67	193,28	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	461,37
1979	Lakozamid	Vimpat, tabl. powl., 50 mg	14 szt.	05909990662555	2018-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	37,80	42,86	12,08	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	33,98

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1980	Lamotriginum	Epitrigine 100 mg tabletki, tabl., 100 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990334766	<1>2019-01-01/<2>2019-07-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	18,36	24,81	24,81	<1>Padaczka oporna na leczenie; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20
1981	Lamotriginum	Epitrigine 50 mg tabletki, tabl., 50 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990334759	<1>2019-01-01/<2>2019-07-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	9,18	13,16	13,16	<1>Padaczka oporna na leczenie; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20
1982	Lamotriginum	Lamilept, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990038480	2020-09-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	19,25	25,74	25,74	Padaczka; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20
1983	Lamotriginum	Lamilept, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990038701	2020-09-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	4,81	7,07	6,81	Padaczka; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,46
1984	Lamotriginum	Lamilept, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990038565	2020-09-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	9,62	13,62	13,62	Padaczka; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20
1985	Lamotriginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990346318	<1>2019-01-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	24,02	30,75	27,24	<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	6,71

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1986	Lamotriginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	60 szt.	05909990346325	<1>2019-01-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	48,06	59,00	54,48	<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	7,72
1987	Lamotriginum	Lamitrin, tabl., 25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990354818	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	12,61	15,26	6,81	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
1988	Lamotriginum	Lamitrin, tabl., 50 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990346219	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	21,71	26,32	13,62	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	15,90
1989	Lamotriginum	Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 100 mg	30 szt.	05909990787319	2020-03-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	163.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - płynne postacie farmaceutyczne	50,92	63,32	63,32	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
1990	Lamotriginum	Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 25 mg	30 szt.	05909990787210	2020-03-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	163.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - płynne postacie farmaceutyczne	12,97	17,79	15,83	Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	5,16
1991	Lamotriginum	Lamotrigine Farmax, tabletki, 100 mg	30 tabl.	05909991311773	2018-11-01 - dla kolumny 12, <1>2018-11-01/<2>2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	18,36	24,81	24,81	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	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1992	Lamotriginum	Lamotrigine Farmax, tabletki, 25 mg	30 tabl.	05909991311629	2018-05-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	4,54	6,79	6,79	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	3,20
1993	Lamotriginum	Lamotrigine Farmax, tabletki, 50 mg	30 tabl.	05909991311698	2018-05-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	9,07	13,03	13,03	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	3,20
1994	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 100 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991006617	<1>2019-01-01/<2>2019-03-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	25,06	31,84	27,24	<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	7,80
1995	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 100 mg	90 szt.	05909990961092	2019-09-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	61,02	74,63	74,63	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	3,20
1996	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991006419	<1>2019-01-01/<2>2019-03-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	7,78	10,18	6,81	<1>Padaczka oporna na leczenie; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	6,57
1997	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 50 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991006518	<1>2019-01-01/<2>2019-03-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	15,88	20,20	13,62	<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	9,78

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1998	Lamotriginum	Symla, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990972616	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	19,13	25,62	25,62	Choroba afektywna dwubiegunowa; Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20
1999	Lamotriginum	Symla, tabl., 25 mg	30 szt.	05909991138349	<1>2019-11-01/<2>2019-09-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	4,77	7,03	6,81	<1>Choroba afektywna dwubiegunowa; <2>Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,42
2000	Lamotriginum	Symla, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990972418	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	4,77	7,03	6,81	Choroba afektywna dwubiegunowa; Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,42
2001	Lamotriginum	Symla, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990972517	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	9,56	13,56	13,56	Choroba afektywna dwubiegunowa; Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20
2002	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094614	<1>2019-01-01/<2>2018-07-01/<3>2020-09-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu	6021,54	6430,15	6430,15	<1>Akromegalia	hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL	ryczałt	4,27
2003	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094614	<1>2019-01-01/<2>2018-07-01/<3>2020-09-01	3 lata	79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu	6021,54	6430,15	6430,15	<2>Leczenie objawów hipersekrecji występujących w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych		ryczałt	4,27

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2004	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094614	<1>2019-01-01/<2>2018-07-01/<3>2020-09-01	3 lata	79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu	6021,54	6430,15	6430,15	<3>Leczenie guzów 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
2005	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094515	<1>2019-01-01/<2>2018-07-01/<3>2020-09-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu	4516,15	4829,73	4822,61	<1>Akromegalia	hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL	ryczałt	10,32
2006	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094515	<1>2019-01-01/<2>2018-07-01/<3>2020-09-01	3 lata	79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu	4516,15	4829,73	4822,61	<2>Leczenie objawów hipersekrecji występujących w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych		ryczałt	10,32
2007	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094515	<1>2019-01-01/<2>2018-07-01/<3>2020-09-01	3 lata	79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu	4516,15	4829,73	4822,61	<3>Leczenie guzów 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	7,12
2008	Lansoprazolum	Lanzul, kaps., 30 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990727032	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	14,80	18,93	13,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	12,30
2009	Lansoprazolum	Lanzul S, kaps., 15 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990869817	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	7,40	9,69	6,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,38

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2010	Lansoprazolum	Zalanzo, kaps. dojel. twarde, 15 mg	28 szt.	05909990064045	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,10	8,34	6,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,03
2011	Lansoprazolum	Zalanzo, kaps. dojel. twarde, 30 mg	28 szt.	05909990064076	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	12,20	16,20	13,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	9,57
2012	Latanoprostum	Akistan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990995479	2018-05-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,06	28,73	28,73	Jaskra		ryczałt	3,20
2013	Latanoprostum	Akistan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	3 but.po 2,5 ml	05909991189792	2018-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	62,64	78,39	78,39	Jaskra		ryczałt	8,00
2014	Latanoprostum	Latadrop, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.a 2,5 ml	05909990807079	2020-09-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,75	31,56	31,19	Jaskra		ryczałt	3,57
2015	Latanoprostum	Latalux, krople do oczu, roztwór, 0.05 mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990813582	2019-05-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,43	35,42	31,19	Jaskra		ryczałt	7,43
2016	Latanoprostum	Latanoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990931873	2019-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	25,06	32,93	31,19	Jaskra		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	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2017	Latanoprostum	Latanoprost STADA, krople do oczu, 50 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990853007	2019-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,95	28,62	28,62	Jaskra		ryczałt	3,20
2018	Latanoprostum	Monoprost, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	30 szt. (6 saszetek po 5 poj. jednodawkowych)	05909991019693	2018-05-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,92	42,01	37,43	Jaskra		ryczałt	7,78
2019	Latanoprostum	Monoprost, krople do oczu, roztwór w pojemniku jednodawkowym, 50 µg/ml	90 szt.	05909991019709	2021-03-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	94,13	112,28	112,28	Jaskra		ryczałt	9,60
2020	Latanoprostum	Rozaprost, krople do oczu, roztwór, 0.05 mg/1 ml	1 but.po 2,5 ml	05909990841448	2019-05-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	28,89	36,95	31,19	Jaskra		ryczałt	8,96
2021	Latanoprostum	Rozaprost, krople do oczu, roztwór, 0.05 mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05900411001298	2019-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	83,16	99,94	93,57	Jaskra		ryczałt	14,37
2022	Latanoprostum	Rozaprost Mono, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	30 poj.	05909991102883	2019-09-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,92	42,01	37,43	Jaskra		ryczałt	7,78
2023	Latanoprostum	Rozaprost Mono, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	90 poj.	05909991102890	2019-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	100,43	118,89	112,28	Jaskra		ryczałt	16,21

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2024	Latanoprostum	Vizilatan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.a 2,5 ml	05903546007524	2020-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	26,28	34,21	31,19	Jaskra		ryczałt	6,22
2025	Latanoprostum	Vizilatan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	3 but.a 2,5 ml	05903546007531	2020-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	78,84	95,40	93,57	Jaskra		ryczałt	9,83
2026	Latanoprostum	Xalatan, krople do oczu, roztwór, 0.05 mg/ml	3 but.a 2,5 ml	05909990411825	2020-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	78,84	95,40	93,57	Jaskra		ryczałt	9,83
2027	Latanoprostum	Xalatan, krople do oczu, roztwór, 0.05 mg/ml (0,005%)	2,5 ml (but.)	05909990411818	2019-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,15	37,23	31,19	Jaskra		ryczałt	9,24
2028	Latanoprostum	Xaloptic, krople do oczu, roztwór, 0.05 mg/ml	2,5 ml (but.)	05909990741311	2019-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,39	40,63	31,19	Jaskra		ryczałt	12,64
2029	Latanoprostum	Xaloptic, krople do oczu, roztwór, 0.05 mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05903060601673	2019-03-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	86,67	103,62	93,57	Jaskra		ryczałt	18,05
2030	Latanoprostum	Xaloptic Free, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	30 szt.	05909991220365	2019-11-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	34,52	43,68	37,43	Jaskra		ryczałt	9,45

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2031	Latanoprostum	Xaloptic Free, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	90 szt.	05909991220396	2019-11-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	103,56	122,19	112,28	Jaskra		ryczałt	19,51
2032	Latanoprostum + Timololum	Latacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990879687	2019-11-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,35	40,59	31,19	Jaskra		ryczałt	12,60
2033	Latanoprostum + Timololum	Latacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05906414000948	2019-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	68,03	84,05	84,05	Jaskra		ryczałt	8,00
2034	Latanoprostum + Timololum	Latanoprost Timolol Genoptim, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909991306649	2021-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,95	29,67	29,67	Jaskra		ryczałt	3,20
2035	Latanoprostum + Timololum	Tilaprox, krople do oczu, 50+5 µg/ml + mg/ml	2,5 ml	05909990946587	2021-03-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,65	35,65	31,19	Jaskra		ryczałt	7,66
2036	Latanoprostum + Timololum	Xalacom, krople do oczu, roztwór, 0,05+5 mg/ml	2,5 ml (but.)	05909991057213	2019-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,35	40,59	31,19	Jaskra		ryczałt	12,60
2037	Latanoprostum + Timololum	Xalacom, krople do oczu, roztwór, 0,05+5 mg/ml	3 but.a 2,5 ml	05415062343609	2020-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	67,33	83,32	83,32	Jaskra		ryczałt	8,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2038	Latanoprostum + Timololum	Xaloptic Combi, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990894543	2019-03-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,40	40,64	31,19	Jaskra		ryczałt	12,65
2039	Latanoprostum + Timololum	Xaloptic Combi, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05903060606630	2021-03-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	77,75	94,26	93,57	Jaskra		ryczałt	8,69
2040	Leflunomidum	Arava, tabl. powl., 10 mg	30 tabl. (but.)	05909990977826	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	51,84	64,02	60,50	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	6,72
2041	Leflunomidum	Arava, tabletki powlekane, 20 mg	30 szt.	05901878600482	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	93,96	112,25	112,25	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20
2042	Leflunomidum	Arava, tabl. powl., 20 mg	30 tabl. (but.)	05909990977925	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	101,52	120,19	120,19	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20
2043	Leflunomidum	Leflunomid Bluefish, tabletki powlekane, 10 mg	30 szt.	05909991309138	2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	42,12	53,82	53,82	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20
2044	Leflunomidum	Leflunomid Bluefish, tabletki powlekane, 20 mg	30 szt.	05909991309145	2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	84,24	102,04	102,04	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20
2045	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	04037353010604	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	48,49	60,50	60,50	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2046	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powl., 15 mg	30 szt.	04037353015388	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	72,74	88,52	88,52	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20
2047	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	04037353010628	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	96,98	115,42	115,42	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20
2048	Leflunomidum	Leflunomide Sandoz, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990858651	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	96,98	115,42	115,42	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20
2049	Leflunomidum	Leflunomide Zentiva, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991416683	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	41,58	53,25	53,25	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20
2050	Leflunomidum	Leflunomide Zentiva, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991416720	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	83,16	100,91	100,91	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20
2051	Letrozolum	Aromek, tabl. powl., 2.5 mg	30 szt.	05909991060718	<1>2019-01-01/<2>2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	44,06	55,39	55,39	<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
2052	Letrozolum	Clarzole, tabl. powl., 2.5 mg	30 szt.	05909990799923	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	48,82	60,39	55,39	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	5,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2053	Letrozolum	Etruzil, tabl. powl., 2.5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990710201	<1>2019-01-01/<2>2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	51,62	63,34	55,39	<1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; <2>Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	7,95
2054	Letrozolum	Lametta, tabl. powl., 2.5 mg	30 szt.	05909991061111	<1>2019-01-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	44,06	55,39	55,39	<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
2055	Letrozolum	Letrozole Bluefish, tabl. powl., 2.5 mg	30 szt.	05909990794683	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	43,20	54,49	54,49	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	0,00
2056	Letrozolum	Symletrol, tabl. powl., 2.5 mg	30 szt.	05909990956395	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	47,30	58,80	55,39	Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	3,41
2057	Leuprorelinum	Eligard 22,5 mg, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 22.5 mg	1 zest. (tacki)	05909990075751	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	598,18	653,34	563,14	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	99,80
2058	Leuprorelinum	Eligard 45 mg, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 45 mg	1 zest. (2 strz.napeł.)	05909990634057	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	1128,73	1223,19	1126,29	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	116,10
2059	Leuprorelinum	Eligard 7,5 mg, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 7.5 mg	1 zest. (tacki)	05909990075768	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	255,73	285,27	187,71	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	100,76

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2060	Leuprorelinum	Leuprostin, implant, 3.6 mg	1 implant	05909990836246	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	190,08	216,33	187,71	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	31,82
2061	Leuprorelinum	Leuprostin, implant, 5 mg	1 implant	05909990836277	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	517,21	568,33	563,14	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	14,79
2062	Levetiracetamum	Cezarius, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml	05909990928149	2021-01-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	59,40	73,03	72,23	Padaczka		ryczałt	4,00
2063	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990928248	2020-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	60,48	72,16	50,23	Padaczka		ryczałt	25,49
2064	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990928200	2020-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	15,12	19,46	12,56	Padaczka		ryczałt	10,10
2065	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990928224	2020-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	30,24	37,37	25,12	Padaczka		ryczałt	15,45
2066	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990928231	2020-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	45,36	54,81	37,67	Padaczka		ryczałt	20,34
2067	Levetiracetamum	Keppra, roztwór do stosowania doustnego, 100 mg/ml	300 ml	05909990006755	2019-01-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	98,66	114,25	72,23	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	45,22
2068	Levetiracetamum	Keppra, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	05909990901326	2019-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	338,26	367,83	100,46	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	274,48

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2069	Levetiracetamum	Keppra, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990901319	2019-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	169,13	186,26	50,23	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	139,59
2070	Levetiracetamum	Keppra, tabl. powl., 250 mg	100 szt.	05909990901128	2019-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	84,56	94,41	25,12	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	72,49
2071	Levetiracetamum	Keppra, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990901111	2019-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	42,28	47,97	12,56	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	38,61
2072	Levetiracetamum	Keppra, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990901227	2019-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	169,13	186,26	50,23	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	139,59
2073	Levetiracetamum	Keppra, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990901210	2019-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	84,56	94,41	25,12	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	72,49
2074	Levetiracetamum	Keppra, tabl. powl., 750 mg	100 szt.	05909990006670	2019-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	253,69	277,10	75,35	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	207,08
2075	Levetiracetamum	Keppra, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990006649	2019-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	126,85	140,37	37,67	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	105,90
2076	Levetiracetamum	Levebon, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990989805	2020-11-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	46,36	57,34	50,23	Padaczka		ryczałt	10,67
2077	Levetiracetamum	Levebon, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990989379	2020-11-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	23,18	29,96	25,12	Padaczka		ryczałt	8,04
2078	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 but.po 150 ml + strz.po 1 ml	05909991374518	2020-09-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	29,16	37,74	36,12	Padaczka		ryczałt	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	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2079	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml	05909991374501	2020-09-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	58,32	71,90	71,90	Padaczka		ryczałt	3,20
2080	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	05909990921751	2020-09-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	79,19	95,81	95,81	Padaczka		ryczałt	7,11
2081	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990921737	2020-09-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	39,59	50,23	50,23	Padaczka		ryczałt	3,56
2082	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 250 mg	100 tabl.	05909990921522	2018-09-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	19,77	26,38	25,12	Padaczka		ryczałt	4,46
2083	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990921492	2020-09-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	9,89	13,96	12,56	Padaczka		ryczałt	4,60
2084	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990921591	2020-09-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	39,59	50,23	50,23	Padaczka		ryczałt	3,56
2085	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990921577	2020-09-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	19,80	26,41	25,12	Padaczka		ryczałt	4,49
2086	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 750 mg	100 tabl.	05909990921676	2018-09-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	59,36	73,06	73,06	Padaczka		ryczałt	5,33
2087	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990921652	2020-09-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	29,68	38,34	37,67	Padaczka		ryczałt	3,87
2088	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml	05909991361372	2020-09-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	58,16	71,73	71,73	Padaczka		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2089	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990971305	2020-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	39,25	49,87	49,87	Padaczka		ryczałt	3,56
2090	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990970957	2020-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	9,81	13,88	12,56	Padaczka		ryczałt	4,52
2091	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990971060	2020-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	19,62	26,22	25,12	Padaczka		ryczałt	4,30
2092	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990971183	2020-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	29,43	38,08	37,67	Padaczka		ryczałt	3,61
2093	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml (but.)	05909990958672	2018-05-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	58,64	72,23	72,23	Padaczka		ryczałt	3,20
2094	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	05909990959167	2019-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	102,51	120,30	100,46	Padaczka		ryczałt	26,95
2095	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990959129	2019-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	51,26	62,48	50,23	Padaczka		ryczałt	15,81
2096	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 250 mg	100 szt.	05909990958764	2019-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	25,63	32,53	25,12	Padaczka		ryczałt	10,61
2097	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990958726	2019-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	12,82	17,04	12,56	Padaczka		ryczałt	7,68
2098	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990959037	2019-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	51,26	62,48	50,23	Padaczka		ryczałt	15,81

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2099	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990958986	2019-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	25,63	32,53	25,12	Padaczka		ryczałt	10,61
2100	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 750 mg	100 szt.	05909990958894	2019-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	76,90	91,48	75,35	Padaczka		ryczałt	21,46
2101	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990958856	2019-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	38,45	47,55	37,67	Padaczka		ryczałt	13,08
2102	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990998302	2019-07-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	47,52	58,56	50,23	Padaczka		ryczałt	11,89
2103	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990998135	2019-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	11,88	16,05	12,56	Padaczka		ryczałt	6,69
2104	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990998180	2019-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	23,76	30,57	25,12	Padaczka		ryczałt	8,65
2105	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990998258	2019-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	35,64	44,60	37,67	Padaczka		ryczałt	10,13
2106	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	05909991032043	2020-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	116,47	134,95	100,46	Padaczka		ryczałt	41,60
2107	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909991031992	2020-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	58,23	69,80	50,23	Padaczka		ryczałt	23,13
2108	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909991031497	2020-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	14,56	18,87	12,56	Padaczka		ryczałt	9,51

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2109	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909991031640	2020-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	58,23	69,80	50,23	Padaczka		ryczałt	23,13
2110	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909991031602	2020-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	29,12	36,19	25,12	Padaczka		ryczałt	14,27
2111	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909991031886	2020-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	43,14	52,48	37,67	Padaczka		ryczałt	18,01
2112	Levetiracetamum	Trund, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 but.po 300 ml ze strz.po 10 ml i łącznikiem	05909990925841	2021-01-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	58,64	72,23	72,23	Padaczka		ryczałt	3,20
2113	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	05909990925957	2020-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	108,00	126,06	100,46	Padaczka		ryczałt	32,71
2114	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990925940	2020-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	54,00	65,36	50,23	Padaczka		ryczałt	18,69
2115	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990925858	2020-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	13,50	17,76	12,56	Padaczka		ryczałt	8,40
2116	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990925889	2020-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	54,00	65,36	50,23	Padaczka		ryczałt	18,69
2117	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990925872	2020-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	27,00	33,97	25,12	Padaczka		ryczałt	12,05
2118	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990925926	2020-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	40,50	49,71	37,67	Padaczka		ryczałt	15,24

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2119	Levetiracetamum	Vetira, roztwór doustny , 100 mg/ml	1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml	05909990935901	2020-11-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	59,40	73,03	72,23	Padaczka		ryczałt	4,00
2120	Levetiracetamum	Vetira, roztwór doustny, 100 mg/ml	150 ml	05909990935895	2021-03-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	29,81	38,42	36,12	Padaczka		ryczałt	5,50
2121	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990936250	2020-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	60,48	72,16	50,23	Padaczka		ryczałt	25,49
2122	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990935956	2020-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	15,12	19,46	12,56	Padaczka		ryczałt	10,10
2123	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990936052	2020-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	30,24	37,37	25,12	Padaczka		ryczałt	15,45
2124	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990936151	2020-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	45,36	54,81	37,67	Padaczka		ryczałt	20,34
2125	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powl., 5 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	05909990656929	2019-05-01 - dla kolumny 12, <1>2019-11-01/<2>2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,80	13,91	8,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	7,77
2126	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990656936	2018-07-01 - dla kolumny 12, <1>2019-11-01/<2>2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,34	19,51	12,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	10,91
2127	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990656943	2019-05-01 - dla kolumny 12, <1>2019-11-01/<2>2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,20	20,58	13,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	11,37

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2128	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powl., 5 mg	90 tabl.	05909991192600	2018-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-11-01/<2>2018-11-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	37,80	46,85	39,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	19,22
2129	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, roztwór doustny, 0.5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05909990904099	2019-05-01 - dla kolumny 12, <1>2019-11-01/<2>2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	17,93	23,04	17,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	10,66
2130	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990904129	2019-05-01 - dla kolumny 12, <1>2019-11-01/<2>2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,90	19,05	12,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	10,45
2131	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05906414000726	2018-09-01 - dla kolumny 12, <1>2019-11-01/<2>2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	20,06	26,42	24,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	9,23
2132	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powl., 5 mg	84 szt.	05906414000733	2018-09-01 - dla kolumny 12, <1>2019-11-01/<2>2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	30,08	38,43	36,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	12,65
2133	Levocetirizini dihydrochloridum	Lecetax, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990997640	2019-05-01 - dla kolumny 12, <1>2019-11-01/<2>2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,75	15,74	12,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	7,14
2134	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabletki powlekane, 5 mg	28 tabl.	05909990790807	2018-05-01 - dla kolumny 12, <1>2018-05-01/<2>2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,83	13,72	12,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	5,12

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2135	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05902020241133	2021-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-11-01/<2>2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,63	25,97	24,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	8,78
2136	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabl. powl., 5 mg	84 szt.	05902020241140	2021-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-11-01/<2>2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,45	37,77	36,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	11,99
2137	Levocetirizini dihydrochloridum	Nossin, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991060589	2019-03-01 - dla kolumny 12, <1>2019-11-01/<2>2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,82	13,71	12,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	5,11
2138	Levocetirizini dihydrochloridum	Xyzal, tabl. powl., 5 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990918072	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-11-01/<2>2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	22,11	26,62	12,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	18,02
2139	Levocetirizini dihydrochloridum	Xyzal, tabl. powl., 5 mg	7 szt. (1 blist.po 7 szt.)	05909990918041	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-11-01/<2>2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,78	8,09	3,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	5,94
2140	Levocetirizini dihydrochloridum	Xyzal 0,5 mg/ml roztwór doustny, roztwór doustny, 0.5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05909991358105	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	16,63	21,66	17,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	9,28
2141	Levocetirizini dihydrochloridum	Xyzal 0,5 mg/ml roztwór doustny, roztwór doustny, 0.5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05909991376550	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	16,85	21,89	17,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	9,51

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2142	Levocetirizini dihydrochloridum	Xyzal 0,5 mg/ml roztwór doustny, roztwór doustny, 0.5 mg/ml	1 szt. (1 but.po 200 ml)	05909990619627	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-11-01/<2>2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	21,29	26,55	17,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	14,17
2143	Levocetirizini dihydrochloridum	Zenaro, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990781720	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-11-01/<2>2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,04	18,14	12,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	9,54
2144	Levocetirizini dihydrochloridum	Zyx, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990765034	2019-05-01 - dla kolumny 12, <1>2019-11-01/<2>2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,61	19,79	12,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	11,19
2145	Levocetirizini dihydrochloridum	Zyx, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05907695215014	2018-07-01 - dla kolumny 12, <1>2019-11-01/<2>2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	27,54	34,28	24,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	17,09
2146	Levocetirizini dihydrochloridum	Zyx, tabletki powlekane, 5 mg	84 tabletki	05907695215267	2017-07-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2019-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	30,06	38,41	36,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	12,63
2147	Levodopum + Benserazidum	Madopar, kaps., 200+50 mg	100 szt.	05909990095216	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	81,00	97,80	97,80	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	3,56
2148	Levodopum + Benserazidum	Madopar 125 mg, kaps., 100+25 mg	100 szt.	05909990095018	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	42,44	53,31	48,90	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	7,61

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2149	Levodopum + Benserazidum	Madopar 125 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej, 100+25 mg	100 szt.	05909990748723	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	42,44	53,31	48,90	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	7,61
2150	Levodopum + Benserazidum	Madopar 250 mg, tabl., 200+50 mg	100 szt.	05909990095117	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	81,00	97,80	97,80	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	3,56
2151	Levodopum + Benserazidum	Madopar 62,5 mg, kaps., 50+12,5 mg	100 szt.	05909990094912	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	21,22	27,97	24,45	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	6,72
2152	Levodopum + Benserazidum	Madopar 62,5 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej, 50+12,5 mg	100 szt.	05909990748624	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	21,22	27,97	24,45	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	6,72
2153	Levodopum + Benserazidum	Madopar HBS, kaps., 100+25 mg	100 szt.	05909990377510	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	42,44	53,31	48,90	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	7,61
2154	Levodopum + Carbidopum	Nakom, tabl., 250+25 mg	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	05909990175215	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	63,72	80,73	80,73	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	4,44
2155	Levodopum + Carbidopum	Nakom Mite, tabl., 100+25 mg	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	05909990175314	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	38,88	49,57	48,90	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	3,87

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2156	Levodopum + Carbidopum	Sinemet CR 200/50, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200+50 mg	100 szt.	05909990020416	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2021-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	78,24	94,89	94,89	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	3,56
2157	Levomepromazinum	Tisercin, tabl. powl., 25 mg	50 szt.	05909990193912	2019-01-01	3 lata	173.1, Leki przeciwpsychotyczne - lewomepromazyna do stosowania doustnego	8,07	11,51	11,51	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2158	Levomepromazinum	Tisercin, roztwór do wstrzykiwań, 25 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990183418	2019-01-01	3 lata	173.2, Leki przeciwpsychotyczne - lewomepromazyna do stosowania pozajelitowego	12,04	16,67	16,67	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2159	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	100 szt. (4 blist.po 25 szt.)	05909991051426	2019-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	10,64	14,84	14,84	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	7,11
2160	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	05909991051419	2019-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	5,78	8,20	7,44	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,32
2161	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 112 µg, tabl., 112 µg	50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	05909990719006	2019-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	6,02	8,64	8,33	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,29
2162	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	100 szt. (4 blist.po 25 szt.)	05909991051525	2019-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	13,07	17,93	17,93	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	8,89
2163	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	05909991051518	2019-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	6,45	9,30	9,30	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,44
2164	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 137 µg, tabl., 137 µg	50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	05909990719037	2019-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	6,70	9,77	9,77	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,87
2165	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	100 szt. (4 blist.po 25 szt.)	05909991051624	2019-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	14,04	19,49	19,49	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	10,67
2166	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	05909991051617	2019-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	7,56	10,88	10,88	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	5,33
2167	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 175, tabl., 175 µg	50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	05909991051716	2019-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	8,96	12,75	12,75	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	6,22
2168	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 200, tabl., 200 µg	50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	05909991051815	2019-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	9,62	13,77	13,77	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	7,11
2169	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	100 szt. (4 blist.po 25 szt.)	05909991051129	2019-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	6,74	8,16	3,72	Niedoczynność tarczycy		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	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2170	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	05909991051112	2019-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	4,82	5,61	1,86	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	5,61
2171	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	100 szt. (4 blist.po 25 szt.)	05909991051228	2019-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	9,31	11,91	7,44	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	8,03
2172	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	05909991051211	2019-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	5,18	6,52	3,72	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	6,00
2173	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	100 szt. (4 blist.po 25 szt.)	05909991051327	2019-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	10,04	13,48	11,16	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	7,65
2174	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	05909991051310	2019-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	5,69	7,59	5,58	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	5,21
2175	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 88 µg, tabl., 88 µg	50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	05909990718986	2019-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	5,72	7,91	6,55	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,56
2176	Levothyroxinum natricum	Letrox 100, tabl., 100 µg	50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	05909990168910	2019-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	5,51	7,92	7,44	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,04
2177	Levothyroxinum natricum	Letrox 125 mikrogramów, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991107307	2019-07-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	6,45	9,30	9,30	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,44
2178	Levothyroxinum natricum	Letrox 150, tabl., 150 µg	50 szt.	05909990820610	2019-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	7,88	11,21	11,16	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	5,38
2179	Levothyroxinum natricum	Letrox 50, tabl., 50 µg	50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	05909990374014	2019-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	5,18	6,52	3,72	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	6,00
2180	Levothyroxinum natricum	Letrox 75 mikrogramów, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991107260	2019-07-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	4,97	6,84	5,58	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,46
2181	Lidocaini hydrochloridum + Noradrenalini tartras	Lignocainum 2% c. noradrenalino 0,00125% WZF, roztwór do wstrzykiwań, (20+0,025) mg/ml	10 amp.po 2 ml	05909990092819	2019-01-01	3 lata	148.0, Leki znieczulające miejscowo - lidokaina w połączeniu z norepinefryną - roztwór do wstrzykiwań	8,59	12,23	12,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2182	Lisinoprilum	LisiHEXAL 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991235826	2019-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	5,45	7,35	5,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,84
2183	Lisinoprilum	LisiHEXAL 10, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991013417	2019-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,56	9,57	5,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	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	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2184	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991235819	2019-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,85	14,34	11,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,32
2185	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991013516	2019-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,58	18,26	11,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	13,24
2186	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabletki, 20 mg	30 tabl.	05909991357337	2018-11-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,26	13,72	11,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,70
2187	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabletki, 20 mg	30 tabl.	05909991365691	2018-11-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,80	14,29	11,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,27
2188	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabletki, 20 mg	30 tabl.	05909991266608	2017-09-01	5 lat	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,02	14,52	11,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,50
2189	Lisinoprilum	LisiHEXAL 5, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991013318	2019-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	3,78	4,79	2,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,79
2190	Lisinoprilum	Lisinoratio 10, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990939817	2019-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,26	12,40	5,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,89
2191	Lisinoprilum	Lisinoratio 20, tabletki, 20 mg	28 szt.	05909991392697	2019-09-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,18	12,43	10,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,74
2192	Lisinoprilum	Lisinoratio 20, tabl., 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990939916	2019-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,20	19,96	11,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	14,94
2193	Lisinoprilum	Lisinoratio 5, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990939718	2019-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,91	8,08	2,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,08

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2194	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990682447	2019-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,26	12,29	5,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,16
2195	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 20 mg	28 szt.	05909990682461	2019-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,20	19,80	10,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	15,11
2196	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990682409	2019-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,70	7,80	2,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,80
2197	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991133122	2019-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,43	9,32	5,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,19
2198	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991133023	2019-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,75	17,23	10,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	12,54
2199	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991132927	2019-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	3,69	4,63	2,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,63
2200	Lisinoprilum + Amlodipinum	Dironorm, tabl., 10+5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990701803	2019-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,82	16,15	5,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	13,64
2201	Lisinoprilum + Amlodipinum	Dironorm, tabl., 20+10 mg	30 szt.	05909990761685	2019-03-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,25	24,22	11,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	19,20
2202	Lisinoprilum + Amlodipinum	Dironorm, tabl., 20+5 mg	30 szt.	05909990970520	2018-09-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,90	22,80	11,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	17,78
2203	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 10+12,5 mg	30 szt.	05909990708352	2019-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,64	14,90	5,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	12,39

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2204	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 20+12,5 mg	30 szt.	05909990708369	2019-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,04	21,89	11,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	16,87
2205	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 20+25 mg	28 szt.	05909991167714	2019-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,96	20,60	10,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	15,91
2206	Lithium	Lithium Carbonicum GSK, tabl., 250 mg	60 szt. (1 poj.po 60 szt.)	05909990148714	2019-01-01	3 lata	180.0, Leki przeciwpsychotyczne - Lit do podawania doustnego w postaci węglanu	10,80	15,11	15,11	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2207	Loperamidi hydrochloridum	Loperamid WZF, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990038220	2019-01-01	3 lata	10.0, Leki przeciwbiegunkowe - loperamid	5,16	7,55	7,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	3,78
2208	Loratadinum	Flonidan, zawiesina doustna, 1 mg/ml	120 ml	05909990739318	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	9,29	12,68	10,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	atopowe zapalenie skóry - u pacjentów powyżej 2 roku życia; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia	30%	5,25
2209	Loratadinum	Flonidan, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990739233	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	12,53	16,74	13,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	atopowe zapalenie skóry - u pacjentów powyżej 2 roku życia; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia	30%	7,53
2210	Loratadinum	Flonidan, tabl., 10 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990223343	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,92	30,73	26,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	atopowe zapalenie skóry - u pacjentów powyżej 2 roku życia; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia	30%	12,31
2211	Loratadinum	Flonidan, tabl., 10 mg	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	05909990223350	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	38,66	47,75	39,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	atopowe zapalenie skóry - u pacjentów powyżej 2 roku życia; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia	30%	20,12
2212	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990795420	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	12,10	16,28	13,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	atopowe zapalenie skóry - u pacjentów powyżej 2 roku życia; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia	30%	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	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2213	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990670253	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,91	30,72	26,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	atopowe zapalenie skóry - u pacjentów powyżej 2 roku życia; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia	30%	12,30
2214	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	05909990670260	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	35,96	44,92	39,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	atopowe zapalenie skóry - u pacjentów powyżej 2 roku życia; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia	30%	17,29
2215	Loratadinum	Loratan, kaps. miękkie, 10 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990909049	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	12,74	16,95	13,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	atopowe zapalenie skóry - u pacjentów powyżej 2 roku życia; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia	30%	7,74
2216	Loratadinum	Loratan, syrop, 5 mg/5 ml	125 ml	05909990839018	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	8,93	12,42	11,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	atopowe zapalenie skóry - u pacjentów powyżej 2 roku życia; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia	30%	4,68
2217	Losartan potassium + Hydrochlorothiazid	Losacor HCT, tabl. powl., 50+12,5 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990729685	2019-07-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,80	14,51	12,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,06
2218	Losartanum	Cozaar, tabl. powl., 50 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990674411	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,84	14,55	12,07	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%	6,10
2219	Losartanum	Lakea, tabl. powl., 50 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991108212	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,80	14,70	12,93	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%	5,65
2220	Losartanum	Lorista, tabl. powl., 100 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990638659	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,41	26,49	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż 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%	9,59

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2221	Losartanum	Lorista, tabl. powl., 50 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990818914	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,21	13,89	12,07	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%	5,44
2222	Losartanum	Lorista, tabl. powl., 50 mg	56 szt. (4 blist.po 14 szt.)	05909990649112	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,41	26,49	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż 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%	9,59
2223	Losartanum	Lorista, tabl. powl., 50 mg	84 szt. (6 blist.po 14 szt.)	05909990649129	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	25,92	33,72	33,72	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%	10,12
2224	Losartanum	Losacor, tabl. powl., 50 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991055110	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,56	15,50	12,93	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%	6,45
2225	Losartanum	Losagen, tabl. powl., 50 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990639885	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,48	9,97	9,97	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%	2,99
2226	Losartanum	Losartan Genoptim, tabletki powlekane, 100 mg	28 tabl.	05909991297060	2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,69	16,28	16,28	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%	4,88
2227	Losartanum	Losartan Genoptim, tabletki powlekane, 50 mg	28 tabl.	05909991296940	2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	5,35	8,79	8,79	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%	2,64
2228	Losartanum	Losartan KRKA, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990956654	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,80	14,70	12,93	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%	5,65

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2229	Losartanum	Losartic, tabl. powl., 50 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990621439	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,26	13,94	12,07	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%	5,49
2230	Losartanum	Lozap 50, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990573905	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,79	15,74	12,93	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%	6,69
2231	Losartanum	Presartan, tabl. powl., 50 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990724345	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,37	12,15	12,15	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%	3,65
2232	Losartanum	Xartan, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990481118	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,68	22,97	12,93	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%	13,92
2233	Losartanum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 100+10 mg	30 szt.	05909991105853	2019-03-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,65	30,14	25,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,04
2234	Losartanum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 100+5 mg	30 szt.	05909991105785	2019-03-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,65	30,14	25,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,04
2235	Losartanum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 50+10 mg	30 szt.	05909991105723	2019-03-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,77	15,72	12,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,67
2236	Losartanum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 50+10 mg	60 szt.	05909991105747	2019-03-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,65	30,14	25,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,04
2237	Losartanum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 50+10 mg	90 szt.	05909991105761	2019-03-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,48	44,04	38,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	16,88
2238	Losartanum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 50+5 mg	30 szt.	05909991105655	2019-03-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,77	15,72	12,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,67

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2239	Losartanum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 50+5 mg	60 szt.	05909991105679	2019-03-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,65	30,14	25,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,04
2240	Losartanum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 50+5 mg	90 szt.	05909991105693	2019-03-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,48	44,04	38,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	16,88
2241	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Hyzaar, tabl. powl., 50+12,5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990433612	2019-01-01	5 lat	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,84	14,55	12,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,10
2242	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Loreblok HCT, tabl. powl., 50+12,5 mg	28 szt.	05909990778843	2019-05-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,10	13,78	12,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,33
2243	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Lorista H, tabl. powl., 50+12,5 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990337392	2019-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,21	13,89	12,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,44
2244	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Lorista H, tabl. powl., 50+12,5 mg	56 szt. (4 blist.po 14 szt.)	05909990686339	2019-03-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,41	26,49	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,59
2245	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Lorista H, tabl. powl., 50+12,5 mg	84 szt. (6 blist.po 14 szt.)	05909990686360	2019-03-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,62	38,65	36,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,30
2246	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Lorista HD, tabl. powl., 100+25 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990645565	2019-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,41	26,49	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,59
2247	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Losartan HCT Bluefish, tabl. powl., 100+25 mg	28 tabl.	05909990810796	2018-01-01	5 lat	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,04	15,60	15,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,68
2248	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Lozap HCT, tabl. powl., 50+12,5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990611980	2019-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,79	15,74	12,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,69
2249	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Presartan H, tabl. powl., 100+25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990721894	2019-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,60	27,99	25,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,89
2250	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Presartan H, tabl. powl., 50+12,5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990721641	2019-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,80	14,70	12,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,65

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2251	Losartanum kalicum	Cozaar, tabl. powl., 100 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991073428	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,68	27,82	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż 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%	10,92
2252	Losartanum kalicum	Loreblok, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990770601	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,56	11,11	11,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż 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%	3,33
2253	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Hyzaar Forte, tabl. powl., 100+25 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990970513	2019-01-01	5 lat	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,68	27,82	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,92
2254	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista HL, tabl. powl., 100+12,5 mg	28 szt.	05909990816484	2019-05-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,41	26,49	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,59
2255	Lovastatinum	Liprox, tabl., 20 mg	28 szt.	05909990842315	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	12,74	14,45	3,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	12,06
2256	Lovastatinum	Lovasterol, tabl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990422159	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	12,96	14,68	3,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	12,29
2257	Lurasidonum	Latuda, tabl. powl., 18.5 mg	28 szt.	05909991108670	2020-09-01	2 lata	178.10, Leki przeciwpsychotyczne - lurazydon	199,98	227,73	227,73	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii pozostałymi lekami przeciwpsychotycznymi II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
2258	Lurasidonum	Latuda, tabl. powl., 37 mg	28 szt.	05909991108762	2020-09-01	2 lata	178.10, Leki przeciwpsychotyczne - lurazydon	199,98	227,73	227,73	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii pozostałymi lekami przeciwpsychotycznymi II generacji		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2259	Lurasidonum	Latuda, tabl. powl., 74 mg	28 szt.	05909991108878	2020-09-01	2 lata	178.10, Leki przeciwpsychotyczne - lurazydon	199,98	227,73	227,73	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii pozostałymi lekami przeciwpsychotycznymi II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
2260	Mebendazolum	Vermox, tabl., 100 mg	6 szt.	05909990250615	2019-01-01	3 lata	194.1, Leki przeciwrobacze - mebendazol	8,37	11,93	11,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2261	Mebendazolum	Vermox, tabl., 100 mg	6 tabl.	05909997217963	2018-01-01	5 lat	194.1, Leki przeciwrobacze - mebendazol	5,99	9,43	9,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2262	Medroxyprogesteronum	Depo-Provera, zawiesina do wstrzykiwań, 150 mg/ml	1 fiol.po 3,3 ml	05909990236510	2019-01-01	3 lata	127.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - progestogeny - medroksyprogesteron do podawania pozajelitowego	10,96	15,31	15,31	Nowotwory złośliwe - Rak piersi i rak trzonu macicy		ryczałt	3,20
2263	Medroxyprogesteronum	Provera, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990155514	2019-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	13,72	18,34	15,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,39
2264	Medroxyprogesteronum	Provera, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990236411	2019-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	6,66	9,31	7,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,83
2265	Megestroli acetas	Cachexan, zawiesina doustna, 40 mg/ml	240 ml	05909990614608	2019-01-01	3 lata	128.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - progestogeny - megestrol do podawania doustnego - postacie płynne	116,64	137,09	137,09	Nowotwory złośliwe		ryczałt	6,40
2266	Megestroli acetas	Megace, zawiesina doustna, 40 mg/ml	240 ml	05909990437627	2019-01-01	3 lata	128.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - progestogeny - megestrol do podawania doustnego - postacie płynne	116,64	137,09	137,09	Nowotwory złośliwe		ryczałt	6,40
2267	Megestroli acetas	Megalia, zawiesina doustna, 40 mg/ml	240 ml	05909991054519	2019-01-01	3 lata	128.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - progestogeny - megestrol do podawania doustnego - postacie płynne	117,72	138,23	137,09	Nowotwory złośliwe		ryczałt	7,54

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2268	Megestroli acetas	Megastril, zawiesina doustna, 40 mg/ml	1 but.po 240 ml	05909990895977	2019-07-01	3 lata	128.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - progestogeny - megestrol do podawania doustnego - postacie płynne	116,64	137,09	137,09	Nowotwory złośliwe		ryczałt	6,40
2269	Meloxicamum	Aglan 15, tabl., 15 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	05909990224883	2019-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	8,64	11,81	10,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,71
2270	Meloxicamum	Aglan 15, tabl., 15 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990610006	2019-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	10,80	15,08	15,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,54
2271	Meloxicamum	Aspicam, tabl., 15 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	05909990997527	2019-03-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	9,56	12,78	10,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,68
2272	Meloxicamum	Aspicam, tabl., 15 mg	60 szt.	05907695215168	2018-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	21,36	28,29	28,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,15
2273	Meloxicamum	Mel Forte, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	20 szt.	05909991228262	2019-09-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	6,70	9,78	9,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,89
2274	Meloxicamum	Mel Forte, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	30 szt.	05909991228279	2019-09-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	9,72	13,95	13,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,98

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2275	Meloxicamum	Meloxistad, tabl. powl., 15 mg	10 szt. (1 blist.po 10 szt.)	05909990431151	2019-03-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	4,30	6,02	5,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	3,47
2276	Meloxicamum	Meloxistad, tabl. powl., 15 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	05909990431168	2019-03-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	7,11	10,21	10,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,11
2277	Meloxicamum	Movalis, tabl., 15 mg	10 szt. (1 blist.po 10 szt.)	05909990464425	2019-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	6,10	7,91	5,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,36
2278	Meloxicamum	Movalis, tabl., 15 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	05909990464418	2019-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	10,26	13,51	10,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,41
2279	Meloxicamum	Opokan forte, tabl., 15 mg	10 szt. (1 blist.po 10 szt.)	05909990612406	2019-03-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	3,54	5,21	5,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	2,66
2280	Meloxicamum	Opokan forte, tabl., 15 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990612420	2019-03-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	9,72	13,95	13,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,98

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2281	Meloxicamum	Trosicam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	20 szt.	05909990866625	2019-11-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	6,77	9,85	9,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,93
2282	Melphalanum	Alkeran, tabl.powl., 2 mg	25 szt.	05909990283514	2019-11-01	3 lata	235.0, Leki przeciwnowotworowe - leki alkilujące - melfalan	233,64	263,95	263,95	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2283	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	<1>2018-07-01/<2>2020-09-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	1236,58	1340,05	1292,01	<1>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; <2>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	51,24

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2284	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	<1>2018-07-01/<2>2020-09-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	617,75	675,71	646,02	<1>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; <2>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	32,89
2285	Menotropinum	Mensinorm, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 150 j.m.	1 fiol.z proszkiem + 1 amp-strz.z rozpuszczalnikiem	05909991219338	2021-03-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	138,78	161,51	161,51	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację 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	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2286	Menotropinum	Mensinorm, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 75 j.m.	1 fiol.z proszkiem + 1 amp-strz.z rozpuszczalnikiem	05909991219307	2021-03-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	69,39	84,64	80,74	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację 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	7,10
2287	Mercaptopurinum	Mercaptopurinum VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990186112	2019-01-01	3 lata	230.0, Leki przeciwnowotworowe antymetabolity - merkaptopuryna	26,46	34,45	34,45	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	3,20
2288	Mercaptopurinum	Mercaptopurinum VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990186112	2019-01-01	3 lata	230.0, Leki przeciwnowotworowe antymetabolity - merkaptopuryna	26,46	34,45	34,45	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2289	Mesalazinum	Asamax 250, tabl. dojel., 250 mg	100 szt.	05909991084011	2019-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	38,76	48,19	38,74	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	12,65
2290	Mesalazinum	Asamax 250, czopki, 250 mg	30 szt. (5 op. fol.po 6 szt.)	05909991083816	2019-01-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	37,80	47,51	39,34	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	11,37
2291	Mesalazinum	Asamax 500, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909991084110	2019-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	63,18	77,47	77,47	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	3,56
2292	Mesalazinum	Asamax 500, czopki, 500 mg	30 szt. (5 op. fol.po 6 szt.)	05909991083915	2019-01-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	75,60	90,97	78,67	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	15,50
2293	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	14 szt.	05907529109908	2019-03-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	38,18	51,21	51,21	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2294	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	15 szt.	05907529110003	2019-07-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	40,50	54,12	54,12	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	3,20
2295	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	28 szt.	05907529110010	2019-03-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	70,52	89,16	89,16	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	3,20
2296	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	30 szt.	05907529110027	2019-07-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	68,31	87,32	87,32	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	3,20
2297	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 250 mg	30 szt.	05909991074012	2019-01-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	23,65	32,65	32,65	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	3,20
2298	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 500 mg	30 szt.	05907529109809	2019-07-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	40,50	54,12	54,12	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	3,20
2299	Mesalazinum	Pentasa, czopki, 1 g	14 szt. (2 blist.po 7 szt.)	05909990656820	2019-01-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	73,97	88,79	73,43	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	18,56
2300	Mesalazinum	Pentasa, czopki, 1 g	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990656813	2019-01-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	147,94	170,46	146,85	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	26,81
2301	Mesalazinum	Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 1 g	50 sasz.po 2 g granulatu	05909990855315	2019-07-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	132,65	150,41	77,47	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	76,50
2302	Mesalazinum	Pentasa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1 g	60 szt.	05909990974375	2019-05-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	158,37	178,75	92,96	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	90,06

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2303	Mesalazinum	Pentasa, zawiesina doodbytnicza, 1 g/100 ml	7 szt.po 100 ml	05909990818815	2019-01-01	3 lata	12.3, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - płynne postacie farmaceutyczne	48,76	58,51	35,82	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	25,89
2304	Mesalazinum	Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 2 g	60 sasz.	05909990974184	2019-11-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	316,12	348,39	185,93	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	170,99
2305	Mesalazinum	Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 4 g	30 sasz.	05909991273989	2021-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	315,58	347,81	185,93	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	170,41
2306	Mesalazinum	Pentasa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	05909990662111	2019-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	131,98	149,70	77,47	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	75,79
2307	Mesalazinum	Salofalk, zawiesina doodbytnicza, 4 g/60 ml	7 but.po 60 ml	05909990970117	2019-01-01	3 lata	12.3, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - płynne postacie farmaceutyczne	122,25	143,28	143,28	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	3,20
2308	Mesalazinum	Salofalk 1 g, czopki, 1 g	30 szt.	05909990806430	2019-05-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	135,00	157,34	157,34	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	3,20
2309	Mesalazinum	Salofalk 500, czopki, 500 mg	30 szt. (6 blist.po 5 szt.)	05909990422227	2019-01-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	81,53	97,20	78,67	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	21,73
2310	Mesalazinum	Salofalk 500, tabl. dojel., 500 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990400119	2019-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	42,12	51,71	38,74	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	16,17
2311	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 1000 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990765430	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	9,40	13,71	13,71	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2312	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 1000 mg	90 tabl.	05903792661600	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	13,12	18,80	18,80	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,80
2313	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 500 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990765386	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,70	7,20	7,20	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2314	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 500 mg	90 tabl.	05903792661563	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	6,57	10,04	10,04	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2315	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 850 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990765409	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,10	12,00	12,00	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2316	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 850 mg	90 tabl.	05903792661587	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	11,16	16,21	16,21	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,08
2317	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991395322	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	11,73	14,58	7,48	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	10,30
2318	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991395339	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	23,49	28,50	14,95	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	16,75

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2319	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	120 szt.	05909991395278	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	23,44	28,45	14,95	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	16,70
2320	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991395247	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,86	7,32	3,74	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,78
2321	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991395254	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	11,73	14,58	7,48	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	10,30
2322	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	90 szt.	05909991395261	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	17,60	21,62	11,21	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	13,61
2323	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991395285	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,80	11,00	5,61	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,59
2324	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991395292	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	17,60	21,62	11,21	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	13,61
2325	Metformini hydrochloridum	Etform, tabletki powlekane, 1000 mg	120 tabl.	05909991352417	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2018-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	22,68	29,83	29,83	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	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2326	Metformini hydrochloridum	Etform, tabletki powlekane, 1000 mg	60 tabl.	05909991352400	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2018-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	12,31	16,77	14,95	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,02
2327	Metformini hydrochloridum	Etform 500, tabl. powl., 500 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990698141	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,58	10,22	7,48	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,94
2328	Metformini hydrochloridum	Etform 500, tabl. powl., 500 mg	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	05909990698172	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	11,37	15,08	11,21	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	7,07
2329	Metformini hydrochloridum	Etform 850, tabl. powl., 850 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990698257	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,47	14,48	12,71	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,97
2330	Metformini hydrochloridum	Etform 850, tabl. powl., 850 mg	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	05909990698271	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	15,70	20,98	19,07	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,99
2331	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05903060614444	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	<1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	22,33	29,47	29,47	<1>Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,40
2332	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05903060614444	2019-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	22,33	29,47	29,47	<2>Zespół policystycznych jajników		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	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2333	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990078974	<1>2019-01-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	<1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,65	8,19	7,48	<1>Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,91
2334	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990078974	<1>2019-01-01/<2>2020-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,65	8,19	7,48	<2>Zespół policystycznych jajników		30%	2,95
2335	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909990078981	<1>2019-01-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	<1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	11,86	16,29	14,95	<1>Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,54
2336	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909990078981	<1>2019-01-01/<2>2020-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	11,86	16,29	14,95	<2>Zespół policystycznych jajników		30%	5,83
2337	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05909990078998	<1>2019-09-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	<1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	17,14	23,02	22,43	<1>Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,39
2338	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05909990078998	<1>2019-09-01/<2>2020-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	17,14	23,02	22,43	<2>Zespół policystycznych jajników		30%	7,32
2339	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	120 szt.	05903060614406	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	<1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	11,17	15,57	14,95	<1>Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,82
2340	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	120 szt.	05903060614406	2019-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	11,17	15,57	14,95	<2>Zespół policystycznych jajników		30%	5,11

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2341	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909990078943	<1>2019-01-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	<1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	3,21	4,54	3,74	<1>Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,00
2342	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909990078943	<1>2019-01-01/<2>2020-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	3,21	4,54	3,74	<2>Zespół policystycznych jajników		30%	1,92
2343	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909990078950	<1>2019-01-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	<1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	6,40	8,98	7,48	<1>Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,70
2344	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909990078950	<1>2019-01-01/<2>2020-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	6,40	8,98	7,48	<2>Zespół policystycznych jajników		30%	3,74
2345	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	90 szt.	05909990078967	<1>2019-09-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	<1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,56	12,13	11,21	<1>Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,12
2346	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	90 szt.	05909990078967	<1>2019-09-01/<2>2020-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,56	12,13	11,21	<2>Zespół policystycznych jajników		30%	4,28
2347	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 850 mg	120 szt.	05903060614420	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	18,98	25,42	25,42	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,44
2348	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 850 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990079001	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,74	6,97	6,36	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,81

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2349	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 850 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990079025	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	9,49	13,45	12,71	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,94
2350	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 850 mg	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	05909990079032	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	14,58	19,80	19,07	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,81
2351	Metformini hydrochloridum	Glucophage 850 mg, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909990789290	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,51	7,78	6,36	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,62
2352	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909990864461	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	31,50	36,92	14,95	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	25,17
2353	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	60 szt. (4 blist.po 15 szt.)	05909990624768	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	15,60	18,64	7,48	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	14,36
2354	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	60 szt. (4 blist.po 15 szt.)	05909990213436	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	23,40	27,71	11,21	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	19,70
2355	Metformini hydrochloridum	Metfogamma 1000, tabl. powl., 1000 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990654598	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,40	7,93	7,48	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	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	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2356	Metformini hydrochloridum	Metfogamma 850, tabl. powl., 850 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991032913	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,00	6,19	6,19	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2357	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05909991425845	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	20,52	27,57	27,57	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,40
2358	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05909991252069	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	22,14	29,27	29,27	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,40
2359	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990053056	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,71	8,26	7,48	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,98
2360	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909991425821	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,26	14,61	14,61	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2361	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05909991425838	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	15,39	21,18	21,18	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,80
2362	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990126316	<1>2019-01-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	3,79	5,16	3,74	<1>Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,62

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2363	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990126316	<1>2019-01-01/<2>2020-03-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	3,79	5,16	3,74	<2>Nieprawidłowa tolerancja glukozy (stan przedcukrzycowy), gdy za pomocą ściśle przestrzeganej diety i ćwiczeń fizycznych nie można uzyskać prawidłowego stężenia glukozy we krwi		30%	2,54
2364	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	30 szt.	05909990450718	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,28	7,53	6,36	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,37
2365	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	90 szt.	05909990935277	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	15,70	20,98	19,07	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,99
2366	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 1000, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991404918	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	11,71	14,56	7,48	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	10,28
2367	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 1000, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991404925	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	23,43	28,44	14,95	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	16,69
2368	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909990652112	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,87	9,43	3,74	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,89
2369	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909990933167	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	15,55	18,59	7,48	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	14,31

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2370	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	90 szt.	05909990933174	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	23,33	27,65	11,21	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	19,64
2371	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 750, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991404895	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	9,02	11,23	5,61	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,82
2372	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 750, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991404901	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	18,04	22,08	11,21	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	14,07
2373	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 1000 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	120 szt.	05909991394585	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	44,71	52,97	29,91	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	29,46
2374	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 1000 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991394554	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	11,18	14,00	7,48	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	9,72
2375	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 500 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	120 szt.	05909991394462	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	23,36	28,37	14,95	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	16,62
2376	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 500 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991394431	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,79	7,25	3,74	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,71

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2377	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 750 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	120 szt.	05909991394516	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	33,53	40,23	22,43	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	22,60
2378	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 750 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991394486	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,38	10,56	5,61	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,15
2379	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 1000 mg	30 tabl.	05909991271756	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	12,61	15,50	7,48	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	11,22
2380	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 1000 mg	60 tabl.	05909991271763	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	25,23	30,33	14,95	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	18,58
2381	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	30 tabl.	05909991271695	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	6,31	7,80	3,74	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	7,26
2382	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	60 tabl.	05909991271701	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	12,61	15,50	7,48	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	11,22
2383	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	30 tabl.	05909991271732	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	9,46	11,69	5,61	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	9,28

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2384	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	60 tabl.	05909991271749	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	18,92	23,01	11,21	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	15,00
2385	Metforminum	Avamina, tabl. powl., 1000 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990765423	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,40	7,93	7,48	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,65
2386	Metforminum	Avamina, tabl. powl., 500 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990765379	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	2,59	3,89	3,74	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,35
2387	Metforminum	Avamina, tabl. powl., 850 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990765393	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,32	6,53	6,36	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,37
2388	Metforminum	Glucophage, tabl. powl., 850 mg	60 szt.	05909990789306	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	9,50	13,47	12,71	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,96
2389	Metforminum	Glucophage 1000 mg, tabl. powl., 1000 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990717248	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,67	8,21	7,48	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,93
2390	Metforminum	Glucophage 500 mg, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909990789276	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	3,99	5,36	3,74	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	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	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2391	Metforminum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990624751	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,80	9,36	3,74	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,82
2392	Metforminum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990213429	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	11,70	14,05	5,61	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	11,64
2393	Metforminum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909990933181	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	11,38	15,78	14,95	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,03
2394	Metforminum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	90 tabl.	05909990933198	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	16,84	22,70	22,43	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,07
2395	Metforminum	Metformax 500, tabl., 500 mg	60 szt.	05909990935253	<1>2018-09-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,58	10,22	7,48	<1>Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,94
2396	Metforminum	Metformax 500, tabl., 500 mg	60 szt.	05909990935253	<1>2018-09-01/<2>2020-03-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,58	10,22	7,48	<2>Nieprawidłowa tolerancja glukozy (stan przedcukrzycowy), gdy za pomocą ściśle przestrzeganej diety i ćwiczeń fizycznych nie można uzyskać prawidłowego stężenia glukozy we krwi		30%	4,98
2397	Metforminum	Metformax 850, tabl., 850 mg	60 szt.	05909990935260	2018-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,47	14,48	12,71	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,97
2398	Metforminum	Metformin Bluefish, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990705894	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	3,94	6,40	6,40	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2399	Metforminum	Metformin Bluefish, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909990705474	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	2,00	3,27	3,27	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2400	Metforminum	Metformin Bluefish, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909990705726	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	3,02	5,17	5,17	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2401	Metforminum	Metformin Galena, tabl., 500 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990462018	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	2,81	4,12	3,74	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,58
2402	Metforminum	Metformin Galena, tabl., 850 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990928019	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,75	6,98	6,36	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,82
2403	Metforminum	Metifor, tabl., 500 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990495115	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	2,81	4,12	3,74	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,58
2404	Metforminum	Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg	120 szt. (8 blist.po 15 szt.)	05909990221028	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	22,36	29,50	29,50	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,40
2405	Metforminum	Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990220984	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,59	8,14	7,48	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,86

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2406	Metforminum	Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg	60 szt. (4 blist.po 15 szt.)	05909990220991	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	11,18	15,58	14,95	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,83
2407	Metforminum	Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg	90 szt. (6 blist.po 15 szt.)	05909990221004	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	16,77	22,63	22,43	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,00
2408	Metforminum	Siofor 500, tabl. powl., 500 mg	120 szt. (12 blist.po 10 szt.)	05909990457236	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	11,19	15,59	14,95	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,84
2409	Metforminum	Siofor 500, tabl. powl., 500 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990457212	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	3,19	4,52	3,74	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,98
2410	Metforminum	Siofor 500, tabl. powl., 500 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990457229	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,59	8,14	7,48	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,86
2411	Metforminum	Siofor 500, tabl. powl., 500 mg	90 tabl.	04013054024331	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,39	11,95	11,21	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,94
2412	Metforminum	Siofor 850, tabl. powl., 850 mg	120 szt. (8 blist.po 15 szt.)	05909990457335	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	19,07	25,51	25,42	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,53

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2413	Metforminum	Siofor 850, tabl. powl., 850 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990457311	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,75	6,98	6,36	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,82
2414	Metforminum	Siofor 850, tabl. powl., 850 mg	60 tabl.	05909990457328	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	9,45	13,42	12,71	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,91
2415	Metforminum	Siofor 850, tabl. powl., 850 mg	90 szt.	04013054024348	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	14,31	19,52	19,07	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,53
2416	Methadoni hydrochloridum	Methadone hydrochloride Molteni, syrop, 1 mg/ml	10 ml	05909990719013	2019-01-01	3 lata	150.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - metadon	4,75	5,76	2,46	Nowotwory złośliwe		ryczałt	5,76
2417	Methadoni hydrochloridum	Methadone hydrochloride Molteni, syrop, 1 mg/ml	100 ml	05909990792016	2019-01-01	3 lata	150.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - metadon	18,36	24,64	24,64	Nowotwory złośliwe		ryczałt	3,20
2418	Methadoni hydrochloridum	Methadone hydrochloride Molteni, syrop, 1 mg/ml	20 ml	05909990718917	2019-01-01	3 lata	150.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - metadon	5,08	6,88	4,93	Nowotwory złośliwe		ryczałt	5,15
2419	Methotrexat	Metotab, tabl., 7.5 mg	100 tabl.	05909991064266	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antymetabolity - metotreksat do stosowania doustnego	46,98	58,76	57,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	sarkoidoza; ziarniniakowe choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	33,12
2420	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	1 amp.-strz.a 0,375 ml	05907626701852	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	16,49	22,27	22,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2421	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,375 ml	05907626701869	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	73,22	88,31	88,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2422	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,5 ml	05907626701920	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	97,63	115,63	115,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2423	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,75 ml	05907626702040	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	146,45	169,19	169,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2424	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1 ml	05909990735242	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	195,26	222,14	222,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,41
2425	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1,25 ml	05909990735273	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	244,08	274,55	274,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,27
2426	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1,5 ml	05909990735303	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	292,90	326,97	326,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,12
2427	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,15 ml	05909990791286	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	216,85	245,38	245,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,84
2428	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990791347	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	289,14	323,02	323,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,12

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2429	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,25 ml	05909990922741	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	372,60	412,39	412,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	6,40
2430	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990791392	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	433,71	478,29	478,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	7,68
2431	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,35 ml	05909990922758	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	521,64	572,34	572,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	8,96
2432	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990791477	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	578,28	633,54	633,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	10,24
2433	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,45 ml	05909990922765	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	670,68	732,29	732,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	11,52
2434	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990791521	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	722,84	788,79	788,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	12,80
2435	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,55 ml	05909990922772	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	819,72	892,25	892,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	14,08

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2436	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990928125	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	894,24	972,22	972,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	15,36
2437	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730881	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	18,60	24,49	22,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,42
2438	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730911	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	24,80	32,00	29,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,51
2439	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,25 ml	05055565730959	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	31,00	39,38	37,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,46
2440	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730966	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	37,20	46,75	44,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,41
2441	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,35 ml	05055565731000	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	43,39	54,11	51,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,35
2442	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731024	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	49,59	61,19	59,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2443	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,45 ml	05055565731062	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	55,79	68,27	66,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,66
2444	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731079	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	61,99	75,36	74,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,33
2445	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,55 ml	05055565736319	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2018-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	60,48	74,35	74,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2446	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731116	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	74,39	89,53	89,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,65
2447	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730898	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	74,52	89,67	89,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,79
2448	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730928	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	99,36	117,45	117,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2449	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730973	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	149,04	171,91	171,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2450	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731031	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	198,72	225,78	225,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,41
2451	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731086	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	248,40	279,09	279,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,27
2452	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731123	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	298,08	332,40	332,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,12
2453	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730904	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	149,04	171,91	171,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2454	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730935	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	198,72	225,78	225,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,41
2455	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730980	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	298,08	332,40	332,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,12
2456	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731048	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	397,44	439,04	439,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	6,83

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2457	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731093	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	496,80	545,68	545,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	8,53
2458	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731130	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	596,16	652,32	652,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	10,24
2459	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 15 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991346867	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	314,88	350,04	350,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,12
2460	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 17.5 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991346898	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	307,84	343,81	343,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,97
2461	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 20 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991346928	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	351,82	391,14	391,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	6,83
2462	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 25 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991346980	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	439,78	485,80	485,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	8,53
2463	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 30 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991347048	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	527,73	580,47	580,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	10,24

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2464	Methotrexatum	Methotrexat-Ebewe, tabl., 10 mg	50 szt.	05909990453924	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antymetabolity - metotreksat do stosowania doustnego	32,36	41,41	38,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	sarkoidoza; ziarniniakowe choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	24,31
2465	Methotrexatum	Methotrexat-Ebewe, tabl., 10 mg	50 szt.	05909990453924	2019-03-01	3 lata	120.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antymetabolity - metotreksat do stosowania doustnego	32,36	41,41	38,43	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,98
2466	Methotrexatum	Methotrexat-Ebewe, tabl., 5 mg	50 szt.	05909990453825	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antymetabolity - metotreksat do stosowania doustnego	16,18	21,78	19,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	sarkoidoza; ziarniniakowe choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	13,24
2467	Methotrexatum	Methotrexat-Ebewe, tabl., 5 mg	50 szt.	05909990453825	2019-03-01	3 lata	120.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antymetabolity - metotreksat do stosowania doustnego	16,18	21,78	19,21	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,57
2468	Methotrexatum	Metotab, tabl., 2.5 mg	100 tabl.	05909991064228	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antymetabolity - metotreksat do stosowania doustnego	15,66	21,23	19,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	sarkoidoza; ziarniniakowe choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	12,69
2469	Methotrexatum	Metotab 10 mg, tabl., 10 mg	100 tabl.	05909991064303	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antymetabolity - metotreksat do stosowania doustnego	62,64	76,85	76,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	sarkoidoza; ziarniniakowe choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	42,67
2470	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 10 mg	4 amp.-strz.	05909991252724	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	90,18	107,81	107,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2471	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 15 mg	4 amp.-strz.	05909991252762	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	139,32	161,71	161,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2472	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 20 mg	4 amp.-strz.	05909991252809	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	189,54	216,14	216,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,41
2473	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 25 mg	4 amp.-strz.	05909991252847	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	239,76	270,02	270,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,27
2474	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 30 mg	4 amp.-strz.	05909991252885	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	290,52	324,47	324,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,12
2475	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 7.5 mg	4 amp.-strz.	05909991252700	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	66,42	81,16	81,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2476	Methotrexatum	Trexan, tabl., 10 mg	100 szt. (1 poj.po 100 szt)	05909990730346	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antymetabolity - metotreksat do stosowania doustnego	64,26	78,55	76,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	sarkoidoza; ziarniniakowe choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	44,37
2477	Methotrexatum	Trexan, tabl., 2.5 mg	100 szt. (but.)	05909990111619	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antymetabolity - metotreksat do stosowania doustnego	16,19	21,79	19,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	sarkoidoza; ziarniniakowe choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	13,25
2478	Methotrexatum	Trexan Neo, tabl., 10 mg	100 szt.	05909991303617	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antymetabolity - metotreksat do stosowania doustnego	62,64	76,85	76,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	sarkoidoza; ziarniniakowe choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	42,67

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2479	Methotrexatum	Trexan Neo, tabl., 2.5 mg	100 szt. (w pojemniku)	05909991303563	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antymetabolity - metotreksat do stosowania doustnego	15,64	21,21	19,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	sarkoidoza; ziarniniakowe choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	12,67
2480	Methylphenidatum	Concerta, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 18 mg	1 but.po 30 szt.	05909990655021	2019-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	37,80	47,63	42,17	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia		ryczałt	8,66
2481	Methylphenidatum	Concerta, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 36 mg	1 but.po 30 szt.	05909990655038	2019-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	69,12	84,34	84,34	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia		ryczałt	3,84
2482	Methylphenidatum	Medikinet 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990652198	2019-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	20,52	27,07	23,43	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia		ryczałt	6,84
2483	Methylphenidatum	Medikinet 20 mg, tabl., 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990652204	2019-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	28,08	38,01	38,01	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia		ryczałt	3,20
2484	Methylphenidatum	Medikinet 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990652181	2019-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	10,80	14,86	11,71	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia		ryczałt	6,35
2485	Methylphenidatum	Medikinet CR 10 mg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 10 mg	30 szt.	05909990652235	2019-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	32,40	39,54	23,43	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia		ryczałt	19,31
2486	Methylphenidatum	Medikinet CR 20 mg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 20 mg	30 szt.	05909990652242	2019-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	64,80	76,57	46,86	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia		ryczałt	32,91

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2487	Methylphenidatum	Medikinet CR 30 mg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 30 mg	30 szt.	05909990652259	2019-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	78,30	92,77	70,28	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia		ryczałt	25,69
2488	Methylphenidatum	Medikinet CR 40 mg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 40 mg	30 szt.	05909990652266	2019-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	102,60	120,26	93,71	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia		ryczałt	30,82
2489	Methylprednisolonum	Depo-Medrol, zawiesina do wstrzykiwań, 40 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990154814	2019-01-01	3 lata	82.2, Kortykosteroidy do stosowania pozajelitowego - glikokortykoidy - metyloprednisolon - postacie o przedłużonym uwalnianiu	10,53	14,77	14,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,39
2490	Methylprednisolonum	Medrol, tabl., 16 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990683215	2019-01-01	3 lata	82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon	32,40	42,81	42,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	11,38
2491	Methylprednisolonum	Medrol, tabl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990683123	2019-01-01	3 lata	82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon	6,48	9,23	8,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,40
2492	Methylprednisolonum	Meprelon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań/infuzji, 1000 mg	1 fiol. + 1 amp.	05909990939220	2018-11-01	3 lata	82.1, Kortykosteroidy do stosowania pozajelitowego - glikokortykoidy - metyloprednisolon	52,57	65,22	65,22	Zaostrzenie w przebiegu stwardnienia rozsianego		ryczałt	3,20
2493	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 16 mg	30 szt.	05909990835539	2019-03-01	3 lata	82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon	21,54	28,98	28,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,83
2494	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990834501	2019-03-01	3 lata	82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon	5,40	8,10	8,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,27
2495	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990834464	2018-05-01	3 lata	82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon	10,80	15,41	15,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,41
2496	Methylprednisolonum	Metypred, tabl., 16 mg	30 szt.	05909990316618	2019-01-01	3 lata	82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon	24,51	32,10	32,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,83

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2497	Methylprednisolonum	Metypred, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990316519	2019-01-01	3 lata	82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon	6,46	9,21	8,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,38
2498	Methylprednisolonum	Solu-Medrol, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 mg	1 fiol. z prosz. + 1 fiol. z rozp.	05909990236817	2019-07-01	3 lata	82.1, Kortykosteroidy do stosowania pozajelitowego - glikokortykoidy - metyloprednisolon	84,49	98,73	65,22	Zaostrzenie w przebiegu stwardnienia rozsianego		ryczałt	36,71
2499	Methylprednisolonum	Solu-Medrol, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 mg	1 fiol. z prosz. + 1 fiol. z rozp.	05909990236718	2019-07-01	3 lata	82.1, Kortykosteroidy do stosowania pozajelitowego - glikokortykoidy - metyloprednisolon	35,05	43,44	32,61	Zaostrzenie w przebiegu stwardnienia rozsianego		ryczałt	14,03
2500	Methylprednisolonum + Lidocainum	Depo-Medrol z Lidokainą, zawiesina do wstrzykiwań, 40+10 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990236312	2019-01-01	3 lata	82.2, Kortykosteroidy do stosowania pozajelitowego - glikokortykoidy - metyloprednisolon - postacie o przedłużonym uwalnianiu	10,80	15,05	14,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,67
2501	Metoprololi tartras	Metocard, tabl., 50 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990034420	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	3,95	5,38	3,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ekstrasystolie pochodzenia komorowego u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,62
2502	Metoprololum	Metocard, tabl., 100 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990034529	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,38	9,05	7,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ekstrasystolie pochodzenia komorowego u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,32
2503	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powl., 60 mg	30 tabl.	05909991379391	2019-03-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	37,91	48,37	48,37	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	14,51
2504	Mianserini hydrochloridum	Miansec 30, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	03830044949655	2020-09-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	18,90	25,40	25,40	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,62
2505	Mianserinum	Deprexolet, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991120948	2019-01-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	6,48	9,33	9,30	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	2,82
2506	Mianserinum	Deprexolet, tabl. powl., 10 mg	90 tabl.	05909991120962	2018-03-01	5 lat	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	19,44	25,96	25,96	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,79
2507	Mianserinum	Deprexolet, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909991121051	2019-01-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	21,49	28,11	27,90	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,58
2508	Mianserinum	Lerivon, tabl. powl., 10 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990157716	2019-01-01	5 lat	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	7,05	9,93	9,30	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		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	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2509	Mianserinum	Lerivon, tabl. powl., 30 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990157822	2019-01-01	5 lat	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	21,17	27,78	27,78	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,33
2510	Mianserinum	Miansec, tabl. powl., 10 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990796618	2019-01-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	6,45	9,30	9,30	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	2,79
2511	Mianserinum	Miansec, tabl. powl., 10 mg	90 szt. (3 blist.po 30 szt.)	05909990796625	2019-01-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	19,34	25,86	25,86	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,76
2512	Mianserinum	Miansec 30, tabl. powl., 30 mg	20 szt. (1 blist.po 20 szt.)	05909991124311	2019-01-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	13,28	18,15	18,15	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	5,45
2513	Mianserinum	Miansegen, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990883813	2019-01-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	6,47	9,32	9,30	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	2,81
2514	Mianserinum	Miansegen, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909990883820	2019-01-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	19,43	25,95	25,95	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,79
2515	Mianserinum	Miansegen, tabl. powl., 30 mg	20 szt.	05909990883929	2019-01-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	12,95	17,81	17,81	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	5,34
2516	Mianserinum	Miansegen, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909990764242	2019-01-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	19,43	25,95	25,95	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,79
2517	Mianserinum	Miansegen, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	05909991064525	2019-03-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	37,69	48,13	48,13	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	14,44
2518	Miconazolum	Gyno-Femidazol, tabl. dopochwowe, 100 mg	15 szt.	05909990281312	2019-01-01	3 lata	59.0, Leki antyseptyczne i dezynfekcyjne do stosowania dopochwowego - pochodne imidazolu o działaniu przeciwgrzybiczym	16,43	22,20	22,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,10
2519	Miconazolum + Mazipredonum	Mycosolon, maść, 20+2,5 mg/g	15 g	05909990129812	2019-01-01	3 lata	49.0, Mikonazol w skojarzeniu z mazipredonem - do stosowania na skórę	17,28	23,27	23,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,64
2520	Moclobemidum	Aurorix, tabl. powl., 150 mg	30 szt.	05909990094813	2019-01-01	3 lata	227.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory MAO - moklobemid	17,50	22,36	16,40	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	10,88
2521	Moclobemidum	Aurorix, tabl. powl., 300 mg	30 szt.	05909990419814	2019-01-01	3 lata	227.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory MAO - moklobemid	34,99	42,97	32,80	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	20,01
2522	Moclobemidum	Mobemid, tabl. powl., 150 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990966813	2019-01-01	3 lata	227.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory MAO - moklobemid	12,31	16,91	16,40	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	5,43

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2523	Moclobemidum	Moklar, tabl. powl., 150 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990953714	2019-01-01	3 lata	227.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory MAO - moklobemid	11,83	16,40	16,40	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	4,92
2524	Mometasoni furoas	Elitasone, maść, 1 mg/g	50 g	05906071039657	2019-05-01	2 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	11,72	16,41	16,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,30
2525	Mometasoni furoas	Metmin, aerozol do nosa, 50 µg/dawkę	1 but.po 140 dawek	05909991141004	2020-09-01	3 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	11,72	15,98	14,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,73
2526	Mometasoni furoas	Momecutan, maść, 1 mg/g	100 g	05909991236199	2020-09-01	3 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	24,79	32,43	32,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,22
2527	Mometasoni furoas	Momecutan, roztwór na skórę, 1 mg/g	100 ml	05909991296384	2020-09-01	2 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	21,60	28,83	28,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,42
2528	Mometasoni furoas	Momecutan, maść, 1 mg/g	50 g	05909991137441	2020-09-01	3 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	15,34	20,21	16,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,10
2529	Mometasoni furoas	Momecutan Fettcreme, krem, 1 mg/g	50 g	05909991097059	2021-01-01	3 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	12,42	17,14	16,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,03
2530	Mometasoni furoas	Nasometin, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę odmierzoną	1 but.po 18 g	05909991031275	2020-09-01	3 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	10,31	14,50	14,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,25
2531	Mometasoni furoas	Pronasal, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	1 but.po 140 dawek	05909991099688	2020-01-01	3 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	10,31	14,50	14,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,25
2532	Mometasoni furoas	Pronasal, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	2 but.po 140 daw.	05909991099695	2021-01-01	3 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	20,63	27,41	27,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,71
2533	Mometasonum	Asmanex Twisthaler, proszek do inhalacji, 400 µg/dawkę	1 poj.po 60 daw.	05909991106638	2019-01-01	5 lat	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	81,00	96,01	72,12	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	30,29
2534	Mometasonum	Momecutan, roztwór na skórę, 1 mg/g	50 ml	05909991087982	2019-11-01	2 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	11,34	15,84	15,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,27
2535	Mometasonum	Momester, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	140 dawek	05909991195366	2018-09-01	3 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	12,58	16,88	14,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,63
2536	Mometasonum	Nasometin, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę odmierzoną	1 but.po 18 g	05909991309206	2019-05-01	2 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	11,83	16,09	14,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	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	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2537	Montelukastum	Asmenol, tabl. powl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990670758	2020-01-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	16,52	22,31	22,31	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	6,69
2538	Montelukastum	Astmodil, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990881734	2019-05-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	20,08	26,05	22,31	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	10,43
2539	Montelukastum	Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990881758	2019-07-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	10,96	14,09	8,92	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	7,85
2540	Montelukastum	Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990881772	2019-07-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	13,45	17,22	11,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	9,41
2541	Montelukastum	Milukante, tabl. powl., 10 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990668137	2019-01-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	22,56	28,67	22,31	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	13,05
2542	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990668144	2019-01-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	11,99	15,17	8,92	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	8,93
2543	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990668120	2019-01-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	15,01	18,86	11,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	11,05
2544	Montelukastum	Monkasta, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990671243	2019-01-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	20,30	26,29	22,31	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	10,67

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2545	Montelukastum	Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990662685	2019-01-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	10,96	14,09	8,92	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	7,85
2546	Montelukastum	Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990662647	2019-01-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	13,72	17,51	11,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	9,70
2547	Montelukastum	Montelukast Bluefish, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990871858	2019-09-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	16,36	22,15	22,15	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	6,65
2548	Montelukastum	Montelukast Bluefish, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990871650	2019-09-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	6,98	9,91	8,92	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	3,67
2549	Montelukastum	Montelukast Bluefish, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990871766	2019-09-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	8,72	12,26	11,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	4,45
2550	Montelukastum	Montelukast Medreg, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991329235	2020-11-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	15,77	21,53	21,53	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	6,46
2551	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990780266	2019-05-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	16,52	22,31	22,31	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	6,69
2552	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05907626703481	2019-05-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	38,66	48,67	47,81	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	15,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2553	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990803743	2019-03-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	10,40	13,50	8,92	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	7,26
2554	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990803767	2019-03-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	9,82	13,41	11,16	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	5,60
2555	Montelukastum	Orilukast, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990893294	2019-09-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	18,79	24,70	22,31	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	9,08
2556	Montelukastum	Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990893188	2019-09-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	7,13	10,08	8,92	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	3,84
2557	Montelukastum	Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990893263	2020-01-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	8,68	12,22	11,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	4,41
2558	Montelukastum	Promonta, tabl. powl., 10 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990671090	2019-05-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	19,44	25,38	22,31	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	9,76
2559	Montelukastum	Promonta, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990671052	2019-05-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	10,26	13,35	8,92	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	7,11
2560	Montelukastum	Promonta, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990671076	2019-05-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	12,96	16,71	11,16	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	8,90

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2561	Montelukastum	Romilast, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991007300	2019-09-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	16,69	22,49	22,31	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	6,87
2562	Montelukastum	Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909991007263	2019-09-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	7,02	9,95	8,92	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	3,71
2563	Montelukastum	Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909991007270	2019-09-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	8,75	12,29	11,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	4,48
2564	Morphini sulfas	Doltard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	05909990724819	2019-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	4,13	6,02	4,51	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	4,71
2565	Morphini sulfas	Doltard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	05909990724819	2019-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	4,13	6,02	4,51	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,51
2566	Morphini sulfas	Doltard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	05909990725113	2019-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	41,29	52,05	45,09	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	10,16
2567	Morphini sulfas	Doltard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	05909990725113	2019-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	41,29	52,05	45,09	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	6,96
2568	Morphini sulfas	Doltard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	05909990724918	2019-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	12,39	17,03	13,53	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	6,70
2569	Morphini sulfas	Doltard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	05909990724918	2019-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	12,39	17,03	13,53	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	3,50

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2570	Morphini sulfas	Doltard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	05909990725014	2019-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	22,86	30,28	27,05	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	6,43
2571	Morphini sulfas	Doltard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	05909990725014	2019-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	22,86	30,28	27,05	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	3,23
2572	Morphinum	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990404919	2019-01-01	3 lata	149.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania pozajelitowego	11,83	15,45	10,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,77
2573	Morphinum	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990404919	2019-01-01	3 lata	149.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania pozajelitowego	11,83	15,45	10,88	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	4,57
2574	Morphinum	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990405015	2019-01-01	3 lata	149.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania pozajelitowego	16,09	21,77	21,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2575	Morphinum	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990405015	2019-01-01	3 lata	149.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania pozajelitowego	16,09	21,77	21,77	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2576	Morphinum	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 10 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990476237	2019-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	13,50	18,20	13,53	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	7,87
2577	Morphinum	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 10 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990476237	2019-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	13,50	18,20	13,53	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	4,67
2578	Morphinum	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 100 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990476534	2019-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	130,68	152,00	135,27	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	23,13
2579	Morphinum	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 100 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990476534	2019-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	130,68	152,00	135,27	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	16,73
2580	Morphinum	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990476633	2019-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	239,76	270,54	270,54	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	12,80

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2581	Morphinum	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990476633	2019-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	239,76	270,54	270,54	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2582	Morphinum	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990476336	2019-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	38,18	48,25	40,58	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	10,87
2583	Morphinum	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990476336	2019-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	38,18	48,25	40,58	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	7,67
2584	Morphinum	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990476435	2019-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	74,41	90,18	81,16	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	12,86
2585	Morphinum	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990476435	2019-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	74,41	90,18	81,16	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	9,02
2586	Morphinum	Sevredol, tabl. powl., 20 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990336425	2019-01-01	3 lata	149.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o niemodyfikowanym uwalnianiu	56,16	69,37	69,37	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,20
2587	Morphinum	Sevredol, tabl. powl., 20 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990336425	2019-01-01	3 lata	149.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o niemodyfikowanym uwalnianiu	56,16	69,37	69,37	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2588	Morphinum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990743827	2019-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	6,26	8,96	6,76	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	5,40
2589	Morphinum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990743827	2019-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	6,26	8,96	6,76	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,20
2590	Morphinum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990744121	2019-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	53,78	67,26	67,26	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; 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	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2591	Morphinum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990744121	2019-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	53,78	67,26	67,26	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2592	Morphinum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990744220	2019-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	90,45	109,77	109,77	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	6,40
2593	Morphinum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990744220	2019-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	90,45	109,77	109,77	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2594	Morphinum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990743926	2019-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	17,78	23,95	20,29	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	6,86
2595	Morphinum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990743926	2019-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	17,78	23,95	20,29	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	3,66
2596	Morphinum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990744022	2019-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	30,24	39,91	39,91	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,20
2597	Morphinum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990744022	2019-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	30,24	39,91	39,91	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2598	Mycophenolas mofetil	CellCept, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 1 g/5 ml	110 g (175 ml)	05909990980918	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2021-03-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	209,24	233,11	114,31	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego	ryczałt	122,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2599	Mycophenolas mofetil	CellCept, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990707614	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2021-03-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	124,20	141,92	81,65	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego	ryczałt	63,47
2600	Mycophenolas mofetil	CellCept, tabl., 500 mg	50 szt.	05909990707515	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2021-03-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	124,20	141,92	81,65	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego	ryczałt	63,47
2601	Mycophenolas mofetil	Mycofit, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990754472	2018-07-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2021-03-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	63,18	77,85	77,85	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego	ryczałt	3,20
2602	Mycophenolas mofetil	Mycofit, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990750993	2018-07-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2021-03-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	63,18	77,85	77,85	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2603	Mycophenolas mofetil	Mycophenolate mofetil Apotex, kaps. twarde, 250 mg	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	05909990718375	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2021-03-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	81,00	96,56	81,65	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego	ryczałt	18,11
2604	Mycophenolas mofetil	Mycophenolate mofetil Apotex, tabl. powl., 500 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990718405	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2021-03-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	81,00	96,56	81,65	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego	ryczałt	18,11
2605	Mycophenolas mofetil	Mycophenolate mofetil Sandoz 250 mg kapsułki twarde, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990074563	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	62,64	77,28	77,28	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego	ryczałt	3,20
2606	Mycophenolas mofetil	Mycophenolate mofetil Sandoz 500 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990715268	2019-05-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2021-03-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	70,20	85,22	81,65	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego	ryczałt	6,77

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2607	Mycophenolas mofetil	Myfenax, kaps. twarde, 250 mg	100 kaps.	05909990638185	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2021-03-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	66,80	81,65	81,65	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego	ryczałt	3,20
2608	Mycophenolas mofetil	Myfenax, tabl. powl., 500 mg	50 tabl.	05909990638208	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2021-03-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	66,80	81,65	81,65	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego	ryczałt	3,20
2609	Nabumetonum	Nabuton VP, tabl., 0.5 g	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	05909990962419	2019-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	12,45	14,56	5,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,01
2610	Nabumetonum	Nabuton VP, tabl., 0.5 g	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990962426	2019-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	36,86	42,44	15,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	34,78

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2611	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 2850 j.m. Axa/0,3 ml	10 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990075621	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	47,97	58,04	40,17	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 - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	21,07

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2612	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 3800 j.m. Axa/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990716821	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	64,39	76,71	53,55	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 - 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	26,36

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2613	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 5700 j.m. Axa/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990075720	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	103,47	120,03	80,33	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 - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	42,90

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2614	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 7600 j.m. Axa/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990716920	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	128,00	147,50	107,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	43,59

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2615	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 9500 j.m. Axa/ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990075829	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	160,54	182,81	133,88	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 - 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	52,49

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2616	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 11400 j.m. Axa/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990836932	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	183,88	208,46	160,66	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 - 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	52,07

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2617	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 15200 j.m. AXa/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990837038	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	263,00	293,25	214,21	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 - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	84,73

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2618	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 19000 j.m. Axa/ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990837137	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	307,17	340,77	267,77	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 - 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	80,11
2619	Naldemedinum	Rizmoic, tabl. powl., 200 µg	28 szt.	05060431940073	2021-01-01	2 lata	253.0, Leki stosowane w zaparciach - antagoniści receptorów opioidowych	215,46	244,39	244,39	Leczenie 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	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2620	Naproxenum	Anapran, tabl. powl., 275 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	05909990615438	2019-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	7,56	9,59	5,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,78
2621	Naproxenum	Anapran, tabl. powl., 275 mg	60 szt.	05909990948536	2019-11-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	16,74	21,55	16,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,13
2622	Naproxenum	Anapran, tabl. powl., 550 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	05909990624515	2019-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	15,12	18,85	11,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,24
2623	Naproxenum	Anapran, tabl. powl., 550 mg	60 szt.	05909990948543	2019-11-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	33,48	41,35	33,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,51
2624	Naproxenum	Anapran EC, tabl. dojel., 250 mg	60 szt.	05909991054991	2019-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	14,57	19,04	15,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,38
2625	Naproxenum	Anapran EC, tabl. dojel., 500 mg	60 szt.	05909991055066	2019-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	29,42	36,75	30,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	21,44

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2626	Naproxenum	Apo-Napro, tabl., 250 mg	30 szt.	05909990661404	2019-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	8,05	10,63	7,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,80
2627	Naproxenum	Apo-Napro, tabl., 250 mg	90 szt.	05909990661435	2019-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	22,57	28,56	22,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,08
2628	Naproxenum	Apo-Napro, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990661442	2019-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	16,09	20,63	15,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,97
2629	Naproxenum	Nalgesin Forte, tabl. powl., 550 mg	10 szt.	05909991023782	2019-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	5,40	7,32	5,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,51
2630	Naproxenum	Nalgesin Forte, tabl. powl., 550 mg	20 szt.	05909991023799	2019-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	10,80	14,31	11,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,70
2631	Naproxenum	Nalgesin Forte, tabl. powl., 550 mg	30 szt.	05909991023805	2019-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	16,20	20,98	16,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	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	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2632	Naproxenum	Nalgesin Forte, tabl. powl., 550 mg	60 szt.	05909991023836	2019-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	32,40	40,22	33,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	23,38
2633	Naproxenum	Napritum, tabl., 250 mg	30 szt.	05909991292492	2020-09-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	5,62	8,08	7,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,25
2634	Naproxenum	Napritum, tabl., 500 mg	30 szt.	05909991292720	2020-09-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	10,85	15,13	15,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,57
2635	Naproxenum	Naproxen 250 Hasco, tabl., 250 mg	30 szt.	05909991040529	2019-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	8,07	10,65	7,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,82
2636	Naproxenum	Naproxen 250 Hasco, tabl., 250 mg	50 szt.	05909991040536	2019-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	13,45	17,42	12,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,04
2637	Naproxenum	Naproxen 500 Hasco, tabl., 500 mg	15 szt.	05909990644179	2019-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	8,07	10,65	7,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,82

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2638	Naproxenum	Naproxen 500 Hasco, tabl., 500 mg	30 tabl.	05909990644186	2018-01-01	5 lat	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	14,58	19,05	15,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,39
2639	Naproxenum	Naproxen Genoptim, tabl., 250 mg	30 szt.	05909991390099	2020-09-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	5,78	8,25	7,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,42
2640	Naproxenum	Naproxen Genoptim, tabl., 500 mg	30 szt.	05909991390143	2020-09-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	11,56	15,88	15,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,22
2641	Naproxenum	Naproxen Hasco, czopki, 250 mg	10 szt.	05909990914319	2019-01-01	3 lata	141.2, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doodbytniczego	6,48	8,83	6,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,39
2642	Naproxenum	Naproxen Hasco, czopki, 500 mg	10 szt.	05909990914418	2019-01-01	3 lata	141.2, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doodbytniczego	9,72	13,75	13,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,88
2643	Naproxenum	Naproxen Polfarmex, tabl., 250 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990860692	2019-09-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	7,94	10,52	7,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,69
2644	Naproxenum	Naproxen Polfarmex, tabl., 250 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990466726	2019-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	14,03	18,03	12,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,65

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2645	Naproxenum	Naproxen Polfarmex, tabl., 500 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	05909990466818	2019-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	11,45	14,76	10,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,66
2646	Naproxenum	Naproxen Polfarmex, tabl., 500 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990860685	2019-09-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	15,01	19,50	15,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,84
2647	Natrii valproas	Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	100 szt. (1 blist.po 100 szt.)	05909990042371	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	32,40	41,83	41,83	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20
2648	Natrii valproas	Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	100 szt. (1 blist.po 100 szt.)	05909990042371	2019-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	32,40	41,83	41,83	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2649	Natrii valproas	Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	100 szt. (1 blist.po 100 szt.)	05909990042364	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	56,16	69,37	69,37	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,56
2650	Natrii valproas	Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	100 szt. (1 blist.po 100 szt.)	05909990042364	2019-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	56,16	69,37	69,37	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2651	Natrii valproas	Convival Chrono, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	50 szt.	05909990930142	2018-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	27,43	35,72	35,72	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2652	Natrii valproas	Convival Chrono, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	50 szt.	05909990930142	2018-09-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	27,43	35,72	35,72	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2653	Natrii valproas	Convulex, syrop, 50 mg/ml	1 but.po 100 ml	05909990023912	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu	8,47	10,35	4,45	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	9,10
2654	Natrii valproas	Depakine, syrop, 288.2 mg/5 ml	150 ml	05909990307418	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu	12,84	15,87	7,69	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	11,38
2655	Nebivololi hydrochloridum	Nebivolol Genoptim, tabl., 5 mg	100 szt.	05909991369569	2019-09-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	24,84	33,20	33,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,67
2656	Nebivololi hydrochloridum	Nebivolol Genoptim, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991369552	2019-09-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,78	11,25	11,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,35
2657	Nebivololum	Daneb, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990750290	2019-07-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	10,24	13,84	11,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,94
2658	Nebivololum	Ebivol, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990662425	2018-11-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	10,64	14,44	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,75
2659	Nebivololum	Ebivol, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990662456	2021-01-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	17,28	23,33	23,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,40
2660	Nebivololum	Ivineb, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990805495	2018-07-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,69	12,21	11,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,31
2661	Nebivololum	Nebicard, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991390358	2019-07-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	16,08	21,83	21,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,97

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2662	Nebivololum	Nebicard, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991390372	2019-07-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	32,16	41,44	41,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	11,95
2663	Nebivololum	Nebicard, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990685189	2018-07-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	12,85	16,58	11,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,68
2664	Nebivololum	Nebicard, tabl., 5 mg	56 szt.	05909990685202	2018-07-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	18,41	24,28	22,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,06
2665	Nebivololum	Nebilenin, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990689774	2019-05-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	13,18	16,92	11,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,02
2666	Nebivololum	Nebilet, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990670185	2018-05-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	12,87	16,60	11,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,70
2667	Nebivololum	Nebinad, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990648719	2018-11-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	12,37	16,08	11,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,18
2668	Nebivololum	Nebispes, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990673865	2019-05-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	10,80	14,43	11,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,53
2669	Nebivololum	NebivoLEK, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990653300	2020-03-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	9,61	13,18	11,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,28
2670	Nebivololum	NebivoLEK, tabl., 5 mg	56 szt.	05907626703597	2018-11-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	16,42	22,19	22,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,97
2671	Nebivololum	Nebivolol Aurovitas, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991357047	2019-11-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,23	11,73	11,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,83
2672	Nebivololum	Nebivolol Krka, tabl., 5 mg	30 szt.	03838989716172	2020-09-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,69	12,39	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,70
2673	Nebivololum	Nebivor, tabl., 5 mg	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	05909990641000	2018-09-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	30,78	39,44	39,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,67

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2674	Nebivololum	Nebivor, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990640997	2018-09-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	9,18	12,91	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,22
2675	Nebivololum	Nedal, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990642809	2019-11-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	14,15	17,95	11,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,05
2676	Nimesulidum	Aulin, tabl., 100 mg	15 szt.	05909990411320	2019-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	6,48	7,92	3,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,01
2677	Nimesulidum	Aulin, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990411337	2019-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	12,94	15,77	7,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,94
2678	Nimesulidum	Aulin, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg	30 szt.	05909990411436	2018-07-01	3 lata	141.4, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	12,85	17,67	17,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,89
2679	Nimesulidum	Nimesil, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg	30 sasz.po 2 g	05909991040338	2019-01-01	3 lata	141.4, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	12,74	17,56	17,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,78
2680	Nitrendipinum	Nitrendypina EGIS, tabl., 10 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990694778	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	3,83	5,10	3,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	ryczałt	4,55
2681	Nitrendipinum	Nitrendypina EGIS, tabl., 10 mg	60 szt. (4 blist.po 15 szt.)	05909990694785	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	7,67	10,16	7,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	ryczałt	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	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2682	Nitrendipinum	Nitrendypina EGIS, tabl., 20 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990694761	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,62	8,01	7,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	ryczałt	3,72
2683	Nitrendipinum	Nitrendypina EGIS, tabl., 20 mg	60 szt. (4 blist.po 15 szt.)	05909990694754	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,32	15,54	14,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	ryczałt	6,96
2684	Norfloxacinum	Nolicin, tabl. powl., 400 mg	20 szt.	05909990085323	2019-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	10,47	14,69	14,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,35
2685	Octreotidum	Okteva, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp.	05909991416461	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd	882,00	961,75	947,18	Akromegalia; 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	17,77
2686	Octreotidum	Okteva, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp.	05909991416485	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd	1764,00	1903,85	1894,35	Akromegalia; 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	12,70

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2687	Octreotidum	Okteva, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp.	05909991416508	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd	2646,00	2841,53	2841,53	Akromegalia; 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
2688	Octreotidum	Sandostatin, roztwór do wstrzykiwań, 100 µg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990042913	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2021-03-01/<2>2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd	43,20	54,49	47,36	Akromegalia	<1>hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL; <2>objawy hipersekrecji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych innych niż określone w ChPL	ryczałt	10,33
2689	Octreotidum	Sandostatin, roztwór do wstrzykiwań, 50 µg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990042715	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2021-03-01/<2>2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd	32,40	39,99	23,68	Akromegalia	<1>hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL; <2>objawy hipersekrecji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych innych niż określone w ChPL	ryczałt	19,51
2690	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 10 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459711	<1>2019-01-01/<2>2018-07-01 - dla kolumny 12, <1>2021-03-01/<2>2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd	882,00	961,75	947,18	<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	17,77

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2691	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 20 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459612	<1>2019-01-01/<2>2018-07-01 - dla kolumny 12, <1>2021-03-01/<2>2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd	1764,00	1903,85	1894,35	<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	12,70
2692	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 30 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459513	<1>2019-07-01/<2>2018-07-01 - dla kolumny 12, <1>2021-03-01/<2>2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd	2646,00	2841,53	2841,53	<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
2693	Ofloxacinum	Tarivid 200, tabl. powl., 200 mg	10 szt. (1 blist.po 10 szt.)	05909990111213	2019-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	12,94	15,74	7,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,07
2694	Ofloxacinum	Tarivid 200, tabl. powl., 200 mg	10 szt. (1 blist.po 10 szt.)	05909990111213	2019-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	12,94	15,74	7,35	Gruźlica, w tym również gruźlica wielolekooporna i inne mykobakteriozy		bezpłatny do limitu	8,39
2695	Olanzapinum	Anzorin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990806799	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	56,16	71,30	71,30	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2696	Olanzapinum	Anzorin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990806843	2019-03-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	83,70	102,26	102,26	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,48
2697	Olanzapinum	Anzorin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990806881	2019-03-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	111,24	133,13	133,13	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,97
2698	Olanzapinum	Anzorin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990806751	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	28,08	37,85	37,85	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2699	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990824106	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	76,68	92,84	90,18	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	5,86
2700	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909990827343	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	150,77	174,64	174,64	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	5,97
2701	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990824076	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	38,34	48,63	45,09	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	6,74
2702	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991095666	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	75,38	91,48	90,18	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	4,50
2703	Olanzapinum	Olanzapin Actavis, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 tabl.	05909990711161	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	73,44	89,44	89,44	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2704	Olanzapinum	Olanzapin Actavis, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 tabl.	05909990711277	2018-01-01	5 lat	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	113,40	133,44	133,44	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,48
2705	Olanzapinum	Olanzapin Actavis, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 tabl.	05909990711444	2018-01-01	5 lat	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	153,36	177,36	177,36	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,97
2706	Olanzapinum	Olanzapin Actavis, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 tabl.	05909990710454	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,56	44,66	44,66	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2707	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990697649	<1>2019-01-01/<2>2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	64,80	80,37	80,37	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2708	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909991136475	2018-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	64,80	80,37	80,37	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2709	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909991136499	2020-09-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	86,18	104,86	104,86	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,48
2710	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909991136512	2020-09-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	114,91	136,99	136,99	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,97
2711	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990697526	<1>2019-01-01/<2>2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	32,40	42,39	42,39	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2712	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909991136451	2018-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	32,40	42,39	42,39	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2713	Olanzapinum	Olanzapina STADA, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990896745	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	64,80	80,37	80,37	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2714	Olanzapinum	Olanzapina STADA, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990896738	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	32,40	42,39	42,39	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2715	Olanzapinum	Olanzapine +pharma, tabl., 10 mg	30 szt.	05901720140074	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	73,44	89,81	89,81	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2716	Olanzapinum	Olanzapine +pharma, tabl., 5 mg	30 szt.	05901720140067	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,72	47,26	47,26	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2717	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powl., 10 mg	28 tabl.	05909990793365	<1>2019-05-01/<2>2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	76,19	92,33	90,18	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	5,35
2718	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 tabl.	05909990793389	<1>2019-05-01/<2>2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	76,19	92,33	90,18	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	5,35

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2719	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powl., 10 mg	98 szt.	05909991230593	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	278,10	311,36	311,36	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	10,45
2720	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabletki ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	98 tabl.	05909991230616	2017-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	261,36	293,78	293,78	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	10,45
2721	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabletki ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 tabl.	05909990793402	2017-05-01	5 lat	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	149,36	173,16	173,16	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,97
2722	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powl., 5 mg	28 tabl.	05909990793341	<1>2019-05-01/<2>2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,27	46,45	45,09	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	4,56
2723	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powl., 5 mg	98 szt.	05909991230586	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	138,02	160,28	157,81	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	7,70
2724	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabletki ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	98 tabl.	05909991230609	2017-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	130,68	152,56	152,56	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	5,23
2725	Olanzapinum	Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990865956	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	40,93	55,31	55,31	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2726	Olanzapinum	Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990866021	2019-11-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	61,40	78,84	78,84	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,48

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2727	Olanzapinum	Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990865901	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	20,47	29,86	29,86	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2728	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990763467	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	80,46	96,81	90,18	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	9,83
2729	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990763481	2018-11-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	120,64	141,04	135,27	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	10,25
2730	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990763498	2018-11-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	160,92	185,30	180,36	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	10,91
2731	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt. (4 blist.po 7)	05909990763443	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	39,96	50,33	45,09	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	8,44
2732	Olanzapinum	Olanzapine Mylan, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05901878600451	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	60,48	75,83	75,83	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2733	Olanzapinum	Olanzapine Mylan, tabl. powl., 10 mg	98 szt.	05902020926870	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	200,88	230,27	230,27	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	10,45
2734	Olanzapinum	Olanzaran, tabl., 10 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990766901	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	60,48	75,83	75,83	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2735	Olanzapinum	Olanzaran, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990767052	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	60,48	75,83	75,83	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2736	Olanzapinum	Olanzaran, tabl., 5 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990766895	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	30,24	40,12	40,12	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2737	Olanzapinum	Olanzin, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990637218	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	73,44	89,44	89,44	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2738	Olanzapinum	Olanzin, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991369781	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	57,24	72,80	72,80	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2739	Olanzapinum	Olanzin, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990637126	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,56	44,66	44,66	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2740	Olanzapinum	Olanzin, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991369743	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	28,08	38,18	38,18	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2741	Olanzapinum	Olazax, tabl., 10 mg	28 tabl.	05909990782246	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	73,44	89,44	89,44	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2742	Olanzapinum	Olazax, tabl., 5 mg	28 tabl.	05909990782239	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,65	44,76	44,76	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2743	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 tabl.	05909990782260	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	73,44	89,44	89,44	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2744	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 tabl.	05909991094539	2019-05-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	112,32	132,31	132,31	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,48
2745	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 tabl.	05909990925186	2019-05-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	152,28	176,22	176,22	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,97
2746	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 tabl.	05909990782253	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,65	44,76	44,76	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2747	Olanzapinum	Olpinat, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990781805	<1>2019-01-01/<2>2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	69,12	84,91	84,91	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2748	Olanzapinum	Olpinat, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990781782	<1>2019-01-01/<2>2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,56	44,66	44,66	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2749	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	112 szt.	05909991231910	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	309,66	345,47	345,47	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	11,95

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2750	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990335367	<1>2019-01-01/<2>2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	78,32	94,57	90,18	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	7,59
2751	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990422241	2018-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	84,02	100,93	96,62	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	7,51
2752	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	56 tabl. (8 blist.po 7)	05909990335374	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	157,25	181,44	180,36	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	7,05
2753	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990422258	2018-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	168,05	193,15	193,15	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	6,40
2754	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909991066000	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	262,44	294,35	289,86	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	14,09
2755	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	112 szt.	05909991231927	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	154,83	178,90	178,90	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	5,97
2756	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990335343	<1>2019-01-01/<2>2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	39,16	49,49	45,09	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	7,60

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2757	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990422265	2018-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	42,01	52,81	48,31	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	7,70
2758	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	56 tabl. (8 blist.po 7)	05909990335350	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	78,62	94,89	90,18	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	7,91
2759	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990422272	2018-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	84,02	100,93	96,62	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	7,51
2760	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991065942	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	130,73	152,06	144,93	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	11,93
2761	Olanzapinum	Ranofren, tabl., 10 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990640287	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	81,65	98,06	90,18	Schizofrenia	choroba Huntingtona	ryczałt	11,08
2762	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	28 szt.	05903792743061	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	49,68	64,49	64,49	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2763	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	28 szt.	05901878600123	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	64,80	80,37	80,37	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2764	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	28 szt.	05902023777769	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	66,96	82,64	82,64	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2765	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990069866	<1>2019-01-01/<2>2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	75,45	91,55	90,18	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	4,57
2766	Olanzapinum	Zalasta, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991081911	<1>2019-01-01/<2>2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	75,45	91,55	90,18	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	4,57
2767	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	70 szt.	05909990069897	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	200,88	228,32	225,45	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	10,34
2768	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	70 szt.	05909990069361	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	200,88	228,32	225,45	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	10,34
2769	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990069958	<1>2019-01-01/<2>2019-05-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	113,17	133,20	133,20	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,48
2770	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	70 szt.	05909990069989	2018-05-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	301,32	336,23	336,23	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	11,20
2771	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990070008	<1>2019-01-01/<2>2019-05-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	150,90	174,78	174,78	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,97

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2772	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	70 szt.	05909990070046	2018-05-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	401,76	444,14	444,14	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	14,93
2773	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	28 szt.	05903792743078	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,84	34,45	34,45	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2774	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990069705	<1>2019-01-01/<2>2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	37,72	47,98	45,09	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	6,09
2775	Olanzapinum	Zalasta, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991081812	<1>2019-01-01/<2>2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	37,72	47,98	45,09	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	6,09
2776	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	70 szt.	05909990069293	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	100,44	118,86	112,72	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	9,87
2777	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	70 szt.	05909990069750	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	100,44	118,86	112,72	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	9,87
2778	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 10 mg	120 szt.	05906414000610	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	337,48	375,24	375,24	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	12,80
2779	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990917013	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	87,48	104,55	96,62	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	11,13

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2780	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 10 mg	30 szt.	05909991064716	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	87,48	104,55	96,62	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	11,13
2781	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909991191184	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	262,44	294,35	289,86	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	14,09
2782	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 15 mg	30 szt.	05906414002737	2019-07-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	118,00	138,69	138,69	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,80
2783	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 15 mg	90 szt.	05906414002744	2019-07-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	354,00	393,64	393,64	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	14,40
2784	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05906414002751	2019-07-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	157,33	181,90	181,90	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,40
2785	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05906414002768	2019-07-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	472,00	520,69	520,69	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	19,20
2786	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 5 mg	120 szt.	05906414000603	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	168,74	193,88	193,24	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	7,04
2787	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 5 mg	30 szt.	05909991064518	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	39,99	50,69	48,31	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	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	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2788	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990916917	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	43,74	54,63	48,31	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	9,52
2789	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991191177	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	131,22	152,57	144,93	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	12,44
2790	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 7.5 mg	30 szt.	05909991064617	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	59,99	73,78	72,47	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	4,51
2791	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	112 szt.	05906414000696	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	314,98	351,06	351,06	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	11,95
2792	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabletki ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909991347390	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2018-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	70,74	86,61	86,61	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2793	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990775682	<1>2019-01-01/<2>2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	80,74	97,11	90,18	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	10,13
2794	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	84 szt.	05906414000665	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	237,59	267,84	267,84	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	8,96
2795	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	112 szt.	05906414000702	2019-07-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	472,47	520,34	520,34	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	17,92

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2796	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990775712	<1>2019-01-01/<2>2019-05-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	121,11	141,54	135,27	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	10,75
2797	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	84 szt.	05906414000672	2019-03-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	356,38	395,51	395,51	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	13,44
2798	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	112 szt.	05906414000719	2019-07-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	629,96	689,62	689,62	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	23,89
2799	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990775729	<1>2019-01-01/<2>2019-05-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	161,48	185,88	180,36	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	11,49
2800	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	84 szt.	05906414000689	2019-03-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	475,18	523,19	523,19	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	17,92
2801	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	112 szt.	05906414000658	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	157,49	181,69	180,36	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	7,30
2802	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990775675	<1>2019-01-01/<2>2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	40,37	50,76	45,09	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	8,87
2803	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	84 szt.	05906414000641	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	118,79	139,10	135,27	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	8,31
2804	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 10 mg	30 szt. (5 blist.po 6 szt.)	05909991097011	<1>2019-01-01/<2>2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	79,92	96,62	96,62	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2805	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05903060609709	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	247,85	279,03	279,03	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	9,60
2806	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 15 mg	30 szt.	05909990849581	2019-11-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	127,33	148,49	144,93	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	8,36
2807	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 15 mg	90 szt.	05903060609716	2019-11-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	374,71	415,39	415,39	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	14,40
2808	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990849635	2019-11-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	174,96	200,41	193,24	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	13,57
2809	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05903060609723	2019-11-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	503,50	553,77	553,77	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	19,20
2810	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 5 mg	30 szt. (5 blist.po 6 szt.)	05909991096816	<1>2019-01-01/<2>2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	39,19	49,85	48,31	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	4,74
2811	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05903060609693	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	121,19	142,04	142,04	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	4,80
2812	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990892129	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	77,72	93,93	90,18	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	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	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2813	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	56 szt.	05909990892143	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	157,25	181,44	180,36	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	7,05
2814	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990892150	2019-03-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	119,75	140,11	135,27	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	9,32
2815	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	56 szt.	05909990892174	2018-11-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	240,41	270,80	270,54	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	9,22
2816	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990892303	2019-03-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	161,48	185,88	180,36	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	11,49
2817	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	56 szt.	05909990892341	2018-11-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	322,96	359,44	359,44	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	11,95
2818	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990892082	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,89	47,10	45,09	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	5,21
2819	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	56 szt.	05909990892105	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	76,81	92,98	90,18	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	6,00
2820	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990914647	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	62,91	78,39	78,39	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2821	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990914654	2021-03-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	103,68	123,23	123,23	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,48

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2822	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990914661	2021-03-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	120,96	143,34	143,34	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,97
2823	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990914630	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	31,10	41,03	41,03	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2824	Olanzapinum	ZypAdhera, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 210 mg	1 fiol.pr.po 0,21 g (+1 fiol.roz.3 ml)	05909990686803	2019-01-01	3 lata	178.4, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	571,75	627,95	627,95	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
2825	Olanzapinum	ZypAdhera, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	1 fiol.pr.po 0,3 g (+1 fiol.roz.3 ml)	05909990686827	2019-01-01	3 lata	178.4, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	822,14	897,33	897,33	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
2826	Olanzapinum	ZypAdhera, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 405 mg	1 fiol.pr.po 0,405 g (+1fiol.roz.3 ml)	05909990686834	2019-01-01	3 lata	178.4, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	1109,93	1207,06	1207,06	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
2827	Olodaterolum + Tiotropium	Spiolto Respimat, roztwór do inhalacji, 2,5+2,5 µg	1 wkład 30 dawek + 1 inh.	05909991257439	2021-03-01	3 lata	201.3, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o długim działaniu	153,09	177,10	173,53	Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia		30%	55,63
2828	Omeprazolum	Agastin 20 mg, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990068425	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	7,61	11,38	11,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	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	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2829	Omeprazolum	Bioprazol, kaps. twarde, 20 mg	28 szt. (1 poj.po 28 szt.)	05909990880225	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	15,50	19,67	13,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	13,04
2830	Omeprazolum	Bioprazol, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909991140779	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	19,73	26,08	26,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	13,04
2831	Omeprazolum	Bioprazol, kaps. dojelitowe twarde, 40 mg	56 szt.	05909991140809	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	30,51	40,31	40,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	20,16
2832	Omeprazolum	Gasec-20 Gastrocaps, kapsułki dojelitowe, twarde, 20 mg	28 szt.	05909991272418	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,35	9,01	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	4,51
2833	Omeprazolum	Gasec-20 Gastrocaps, kapsułki dojelitowe, twarde, 20 mg	28 szt.	05909991292980	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,35	9,01	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	4,51
2834	Omeprazolum	Gasec-20 Gastrocaps, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990420537	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	14,04	18,13	13,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	11,50
2835	Omeprazolum	Gasec-20 Gastrocaps, kapsułki dojelitowe, twarde, 20 mg	56 szt.	05909991292997	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	10,69	16,57	16,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	8,29

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2836	Omeprazolum	Gasec-20 Gastrocaps, kaps., 20 mg	56 szt.	05909990420544	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	24,30	30,87	26,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	17,61
2837	Omeprazolum	Goprazol 20 mg, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990077663	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,26	12,06	12,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,03
2838	Omeprazolum	Helicid 20, kaps., 20 mg	14 szt. (but. 20 ml)	05909990420612	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	7,56	9,86	6,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,55
2839	Omeprazolum	Helicid 20, kaps., 20 mg	28 szt. (but. 40 ml)	05909990420629	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	15,12	19,27	13,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	12,64
2840	Omeprazolum	Helicid 20, kaps., 20 mg	90 szt. (but. 70 ml)	05909990422654	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	38,85	47,93	42,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	26,62
2841	Omeprazolum	Helicid Forte, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990921324	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	22,15	28,61	26,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	15,35
2842	Omeprazolum	Heligen Neo, kapsułki dojelitowe, twarde, 20 mg	28 szt.	05909991274467	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2018-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,40	9,06	9,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	4,53

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2843	Omeprazolum	Heligen Neo, kapsułki dojelitowe, twarde, 40 mg	28 szt.	05909991274511	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2018-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	10,80	16,69	16,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	8,35
2844	Omeprazolum	Omeprazol Aurobindo, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990920747	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,48	10,19	10,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,10
2845	Omeprazolum	Omeprazol Aurobindo, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990920983	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	10,75	16,64	16,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	8,32
2846	Omeprazolum	Omeprazol Farmax, kaps. dojelitowe, 20 mg	28 szt.	05909991189020	2018-09-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,67	9,34	9,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	4,67
2847	Omeprazolum	Omeprazole Genoptim, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990668779	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	7,24	10,99	10,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,50
2848	Omeprazolum	Omeprazole Genoptim, kaps. dojelitowe, twarde, 40 mg	28 szt.	05909991271442	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	12,70	18,69	18,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	9,35
2849	Omeprazolum	Omeprazolum 123ratio / Omeprazol Teva, kaps. dojel. twarde, 20 mg	1 but.po 28 szt.	05909990659456	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,26	12,06	12,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,03

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2850	Omeprazolum	Polprazol, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990772667	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	16,20	20,40	13,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	13,77
2851	Omeprazolum	Polprazol PPH, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990077731	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	24,83	31,42	26,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	18,16
2852	Omeprazolum	Prazol, kaps., 20 mg	14 szt. (1 poj.po 14 szt.)	05909990772919	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	9,72	12,13	6,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	8,82
2853	Omeprazolum	Prazol, kaps., 20 mg	28 szt. (1 poj.po 28 szt.)	05909990772933	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	14,62	18,74	13,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	12,11
2854	Omeprazolum	Prenome, kaps. dojelitowe, twarde, 20 mg	28 szt.	05909991272753	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,18	8,83	8,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	4,42
2855	Omeprazolum	Prenome, kaps. dojelitowe, twarde, 40 mg	28 szt.	05909991272739	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,64	14,42	14,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	7,21
2856	Omeprazolum	Progastim, kaps. dojel., 20 mg	1 but.po 28 szt.	05909990635450	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	10,58	14,50	13,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	7,87

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2857	Omeprazolum	Ultop, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990796298	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	12,10	16,10	13,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	9,47
2858	Omeprazolum	Ultop, kaps. dojel., 20 mg	56 tabl.	05909990796359	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	22,68	29,16	26,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	15,90
2859	Omeprazolum	Ultop, kaps. dojel., 40 mg	28 tabl.	05909990796533	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	22,68	29,16	26,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	15,90
2860	Ondansetronum	Atossa, tabl. powl., 8 mg	10 szt.	05909990744510	2019-01-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego	34,56	44,23	44,23	Nowotwory złośliwe		ryczałt	3,20
2861	Ondansetronum	Ondansetron Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4 mg	10 szt.	05909990777044	2019-01-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego	12,74	18,51	18,51	Nowotwory złośliwe		ryczałt	3,20
2862	Ondansetronum	Ondansetron Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 8 mg	10 szt.	05909990777150	2019-01-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego	15,98	24,72	24,72	Nowotwory złośliwe		ryczałt	3,20
2863	Ondansetronum	Setronon, tabl. powl., 8 mg	10 szt.	05909991394264	2020-01-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego	29,92	39,36	39,36	Nowotwory złośliwe		ryczałt	3,20
2864	Ondansetronum	Setronon, tabl. powl., 8 mg	10 szt. (1 blist.po 10 szt.)	05909990994717	2019-01-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego	34,45	44,11	44,11	Nowotwory złośliwe		ryczałt	3,20
2865	Ondansetronum	Zofran, czopki, 16 mg	2 szt.	05909990810529	2019-01-01	3 lata	7.2, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doodbytniczego	51,95	64,51	64,51	Nowotwory złośliwe		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2866	Ondansetronum	Zofran, tabl. powl., 4 mg	10 szt. (2 blist.po 5 szt.)	05909990001811	2019-01-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego	30,78	37,45	22,12	Nowotwory złośliwe		ryczałt	18,53
2867	Ondansetronum	Zofran, syrop, 4 mg/5 ml	50 ml	05909990810611	2019-01-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego	37,26	44,25	22,12	Nowotwory złośliwe		ryczałt	25,33
2868	Ondansetronum	Zofran, tabl. powl., 8 mg	10 szt. (2 blist.po 5 szt.)	05909990001910	2019-01-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego	49,57	59,99	44,23	Nowotwory złośliwe		ryczałt	18,96
2869	Ondansetronum	Zofran Zydis, liofilizat doustny, 8 mg	10 szt.	05909990888016	2019-01-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego	47,52	57,84	44,23	Nowotwory złośliwe		ryczałt	16,81
2870	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powl., 150 mg	50 szt.	05909990048809	2020-09-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne	17,82	23,95	23,95	Padaczka		ryczałt	3,20
2871	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powl., 300 mg	50 szt.	05909990048823	2020-09-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne	35,64	45,53	45,53	Padaczka		ryczałt	3,20
2872	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powl., 600 mg	50 szt.	05909990048854	2020-09-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne	71,28	86,82	86,82	Padaczka		ryczałt	3,20
2873	Oxcarbazepinum	Oxcarbazepin NeuroPharma, tabl. powl., 150 mg	50 tabl.	05909991303518	2020-09-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne	17,71	23,84	23,84	Padaczka		ryczałt	3,20
2874	Oxcarbazepinum	Oxcarbazepin NeuroPharma, tabl. powl., 300 mg	50 tabl.	05909991300661	2020-09-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne	35,42	45,31	45,31	Padaczka		ryczałt	3,20
2875	Oxcarbazepinum	Oxcarbazepin NeuroPharma, tabl. powl., 600 mg	50 tabl.	05909991300739	2020-09-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne	70,85	86,37	86,37	Padaczka		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2876	Oxcarbazepinum	Oxepilax, tabl., 300 mg	50 szt.	05909991057480	2019-11-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne	38,63	48,67	47,90	Padaczka		ryczałt	3,97
2877	Oxcarbazepinum	Oxepilax, tabl., 600 mg	50 szt.	05909991057497	2019-11-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne	81,00	97,03	95,80	Padaczka		ryczałt	4,43
2878	Oxcarbazepinum	Trileptal, tabl. powl., 300 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990825615	2019-01-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne	51,78	62,48	47,90	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	17,78
2879	Oxcarbazepinum	Trileptal, zawiesina doustna, 60 mg/ml	250 ml	05909990747115	2019-01-01	3 lata	160.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - płynne postacie farmaceutyczne	72,90	88,71	88,71	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	3,20
2880	Oxcarbazepinum	Trileptal, tabl. powl., 600 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990825714	2019-01-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne	102,52	119,63	95,80	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	27,03
2881	Oxybutynini hydrochloridum	Ditropan, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991290887	2020-01-01	3 lata	75.1, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - oksybutynina	7,75	11,19	11,19	Stwardnienie rozsiane		30%	3,36
2882	Oxybutyninum	Ditropan, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991239503	2019-05-01	3 lata	75.1, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - oksybutynina	7,78	11,21	11,21	Stwardnienie rozsiane		30%	3,36
2883	Oxybutyninum	Ditropan, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991304140	2017-05-01	5 lat	75.1, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - oksybutynina	8,10	11,56	11,56	Stwardnienie rozsiane		30%	3,47
2884	Oxybutyninum	Ditropan, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990163519	2019-01-01	3 lata	75.1, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - oksybutynina	10,91	14,51	11,56	Stwardnienie rozsiane		30%	6,42
2885	Oxybutyninum	Driptane, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990783816	2019-01-01	3 lata	75.1, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - oksybutynina	16,74	22,48	22,48	Stwardnienie rozsiane		30%	6,74
2886	Oxycodoni hydrochloridum	Xancodal, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	100 szt.	05909991038670	2019-03-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	213,12	242,23	242,23	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	5,69
2887	Oxycodoni hydrochloridum	Xancodal, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	100 szt.	05909991038670	2019-03-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	213,12	242,23	242,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,69

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2888	Oxycodoni hydrochloridum	Xancodal, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	100 szt.	05909991038724	2019-03-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	319,68	357,08	357,08	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	8,53
2889	Oxycodoni hydrochloridum	Xancodal, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	100 szt.	05909991038724	2019-03-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	319,68	357,08	357,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,53
2890	Oxycodoni hydrochloridum	Xancodal, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	100 szt.	05909991038762	2019-03-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	426,24	471,94	471,94	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	11,38
2891	Oxycodoni hydrochloridum	Xancodal, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	100 szt.	05909991038762	2019-03-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	426,24	471,94	471,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	11,38
2892	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxyduo, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg	60 szt.	05908289660425	2019-09-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	82,08	98,86	98,86	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	0,00
2893	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxyduo, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg	60 szt.	05908289660432	2019-09-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	164,70	189,62	189,62	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	0,00
2894	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxyduo, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 40+20 mg	60 szt.	05908289660449	2019-09-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	329,40	366,74	366,74	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	0,00
2895	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxyduo, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 5+2,5 mg	60 szt.	05908289660418	2019-09-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	41,58	52,34	50,52	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	1,82
2896	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxylaxon, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg	30 szt.	05909991381677	2019-05-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	32,72	43,03	43,03	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	0,00
2897	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxylaxon, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg	30 szt.	05909991381783	2019-05-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	65,45	81,40	81,40	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	0,00
2898	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxylaxon, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 40+20 mg	30 szt.	05909991381899	2019-05-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	130,90	154,13	154,13	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	0,00
2899	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxylaxon, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 5+2,5 mg	30 szt.	05909991381561	2019-05-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	18,47	25,03	25,03	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2900	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxynador, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg	30 tabl.	05909991327958	2019-09-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	39,85	50,52	50,52	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	0,00
2901	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxynador, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg	60 tabl.	05909991327989	2019-09-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	79,70	96,37	96,37	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	0,00
2902	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxynador, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg	30 tabl.	05909991328184	2019-09-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	79,70	96,37	96,37	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	0,00
2903	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxynador, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg	60 tabl.	05909991328214	2019-09-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	159,41	184,06	184,06	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	0,00
2904	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxynador, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 40+20 mg	30 tabl.	05909991328405	2019-09-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	159,41	184,06	184,06	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	0,00
2905	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxynador, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 40+20 mg	60 tabl.	05909991328436	2019-09-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	318,82	355,63	355,63	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	0,00
2906	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg	60 szt.	05909990741366	2019-05-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	82,08	98,86	98,86	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	0,00
2907	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg	60 szt.	05909990741472	2019-05-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	168,26	193,35	193,35	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	0,00
2908	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40+20 mg	60 szt.	05909990741595	2019-05-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	329,40	366,74	366,74	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	0,00
2909	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5+2,5 mg	60 szt.	05909990741878	2019-05-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	43,20	54,04	50,52	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	3,52
2910	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Xanconalon, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg	30 szt.	05907626708127	2019-03-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	39,96	50,64	50,52	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	0,12
2911	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Xanconalon, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg	60 szt.	05907626708134	2019-03-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	79,92	96,60	96,60	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2912	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Xanconalon, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg	30 szt.	05907626708141	2019-03-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	79,92	96,60	96,60	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	0,00
2913	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Xanconalon, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg	60 szt.	05907626708158	2019-03-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	159,84	184,51	184,51	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	0,00
2914	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Xanconalon, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 40+20 mg	60 szt.	05907626708196	2019-03-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	319,68	356,53	356,53	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	0,00
2915	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Xanconalon, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 5+2,5 mg	30 szt.	05907626708103	2019-03-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	19,98	26,62	25,26	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	1,36
2916	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Xanconalon, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 5+2,5 mg	60 szt.	05907626708110	2019-03-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	39,96	50,64	50,52	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	0,12
2917	Oxycodonum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	100 szt.	05909990940769	2018-09-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	59,40	72,82	69,14	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	6,88
2918	Oxycodonum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	100 szt.	05909990940769	2018-09-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	59,40	72,82	69,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,88
2919	Oxycodonum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909991250850	2017-03-01	5 lat	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	38,88	48,67	41,49	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	10,38
2920	Oxycodonum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909991250850	2017-03-01	5 lat	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	38,88	48,67	41,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,38
2921	Oxycodonum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	100 szt.	05909990941247	2018-09-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	118,80	139,19	138,28	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	4,11
2922	Oxycodonum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	100 szt.	05909990941247	2018-09-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	118,80	139,19	138,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,11
2923	Oxycodonum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909991250874	2017-03-01	5 lat	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	69,98	85,11	82,97	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	5,34

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2924	Oxycodonum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909991250874	2017-03-01	5 lat	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	69,98	85,11	82,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,34
2925	Oxycodonum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	100 szt.	05909990941407	2018-09-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	237,60	267,93	267,93	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	5,69
2926	Oxycodonum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	100 szt.	05909990941407	2018-09-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	237,60	267,93	267,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,69
2927	Oxycodonum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	100 szt.	05909990940233	2018-09-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	29,70	38,15	34,57	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	6,78
2928	Oxycodonum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	100 szt.	05909990940233	2018-09-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	29,70	38,15	34,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,78
2929	Oxycodonum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	100 szt.	05909990941568	2018-09-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	475,20	523,35	523,35	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	11,38
2930	Oxycodonum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	100 szt.	05909990941568	2018-09-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	475,20	523,35	523,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	11,38
2931	Oxycodonum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990643943	2019-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	37,79	47,53	41,49	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	9,24
2932	Oxycodonum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990643943	2019-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	37,79	47,53	41,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,24
2933	Oxycodonum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990644001	2019-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	72,44	87,69	82,97	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	7,92
2934	Oxycodonum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990644001	2019-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	72,44	87,69	82,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,92
2935	Oxycodonum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990644025	2019-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	144,63	167,49	165,94	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	4,96

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2936	Oxycodonum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990644025	2019-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	144,63	167,49	165,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,96
2937	Oxycodonum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990643905	2019-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	25,97	32,34	20,74	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	14,80
2938	Oxycodonum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990643905	2019-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	25,97	32,34	20,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	14,80
2939	Oxycodonum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990644049	2019-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	289,87	323,98	323,98	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	6,83
2940	Oxycodonum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990644049	2019-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	289,87	323,98	323,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,83
2941	Oxycodonum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990839643	2018-11-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	33,98	43,53	41,49	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	5,24
2942	Oxycodonum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990839643	2018-11-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	33,98	43,53	41,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,24
2943	Oxycodonum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909990839780	2018-11-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	67,95	82,97	82,97	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,20
2944	Oxycodonum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909990839780	2018-11-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	67,95	82,97	82,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2945	Oxycodonum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909990840038	2018-11-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	135,91	158,34	158,34	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,41
2946	Oxycodonum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909990840038	2018-11-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	135,91	158,34	158,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,41
2947	Oxycodonum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909990839469	2018-11-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	16,99	22,91	20,74	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	5,37

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2948	Oxycodonum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909990839469	2018-11-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	16,99	22,91	20,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,37
2949	Oxycodonum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909990840182	2018-11-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	271,81	305,03	305,03	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	6,83
2950	Oxycodonum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909990840182	2018-11-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	271,81	305,03	305,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,83
2951	Oxycodonum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 tabl.	05909991184827	2018-01-01	5 lat	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	29,69	39,02	39,02	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,20
2952	Oxycodonum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 tabl.	05909991184827	2018-01-01	5 lat	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	29,69	39,02	39,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2953	Oxycodonum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 tabl.	05909991184865	2018-01-01	5 lat	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	63,44	78,24	78,24	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,20
2954	Oxycodonum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 tabl.	05909991184865	2018-01-01	5 lat	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	63,44	78,24	78,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2955	Oxycodonum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 tabl.	05909991184902	2018-01-01	5 lat	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	134,48	156,83	156,83	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,41
2956	Oxycodonum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 tabl.	05909991184902	2018-01-01	5 lat	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	134,48	156,83	156,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,41
2957	Oxycodonum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 tabl.	05909991184742	2018-01-01	5 lat	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	17,06	22,98	20,74	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	5,44
2958	Oxycodonum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 tabl.	05909991184742	2018-01-01	5 lat	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	17,06	22,98	20,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,44
2959	Oxycodonum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 tabl.	05909991184940	2018-01-01	5 lat	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	280,36	314,01	314,01	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		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	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2960	Oxycodonum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 tabl.	05909991184940	2018-01-01	5 lat	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	280,36	314,01	314,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,83
2961	Paliperidonum	Trevicta, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 263 mg	1 amp.-strz. 1,315ml + 2 igły	05909991281465	2020-01-01	2 lata	178.6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon i paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	3372,13	3612,32	3612,32	Leczenie podtrzymujące schizofrenii u dorosłych pacjentów ustabilizowanych klinicznie na palmitynianie paliperydonu podawanym we wstrzyknięciach co 1 miesiąc		bezpłatny do limitu	0,00
2962	Paliperidonum	Trevicta, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 350 mg	1 amp.-strz. 1,75ml + 2 igły	05909991281472	2020-01-01	2 lata	178.6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon i paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	4487,62	4797,83	4797,83	Leczenie podtrzymujące schizofrenii u dorosłych pacjentów ustabilizowanych klinicznie na palmitynianie paliperydonu podawanym we wstrzyknięciach co 1 miesiąc		bezpłatny do limitu	0,00
2963	Paliperidonum	Trevicta, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 525 mg	1 amp.-strz. 2,625ml + 2 igły	05909991281489	2020-01-01	2 lata	178.6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon i paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	6731,42	7182,50	7182,50	Leczenie podtrzymujące schizofrenii u dorosłych pacjentów ustabilizowanych klinicznie na palmitynianie paliperydonu podawanym we wstrzyknięciach co 1 miesiąc		bezpłatny do limitu	0,00
2964	Paliperidonum	Xeplion, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	1 amp.-strz. + 2 igły	05909990861194	2020-09-01	2 lata	178.6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon i paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	1270,81	1379,23	1379,20	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	0,03
2965	Paliperidonum	Xeplion, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	1 amp.-strz. + 2 igły	05909990861200	2020-09-01	2 lata	178.6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon i paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	1919,79	2068,85	2068,80	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	0,05
2966	Paliperidonum	Xeplion, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	1 amp.-strz. + 2 igły	05909990861187	2020-09-01	2 lata	178.6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon i paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	949,86	1034,42	1034,40	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	0,02
2967	Pancreatinum	Lipancrea 16 000, kapsułki, 16000 j.Ph. Eur. Lipazy	60 szt.	05909990723164	<1>2017-09-01/<2>2020-01-01	<1>5 lat/<2>2 lata	13.0, Enzymy trzustkowe	26,77	34,83	34,83	<2>Stany zewnątrzwydzielniczej niewydolności trzustki spowodowane przewlekłym zapaleniem trzustki, resekcją żołądka lub zwężeniem dróg żółciowych spowodowanym chorobą nowotworową		30%	10,45

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2968	Pancreatinum	Lipancrea 16 000, kapsułki, 16000 j.Ph. Eur. Lipazy	60 szt.	05909990723164	<1>2017-09-01/<2>2020-01-01	<1>5 lat/<2>2 lata	13.0, Enzymy trzustkowe	26,77	34,83	34,83	<1>Mukowiscydoza; Stan po resekcji trzustki		bezpłatny do limitu	0,00
2969	Pantoprazolum	Anesteloc, tabl. dojel., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990621026	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,73	11,09	6,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	7,78
2970	Pantoprazolum	Anesteloc 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990621040	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	15,11	19,26	13,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	12,63
2971	Pantoprazolum	Contix, tabl. powl., 20 mg	112 szt. (8 blist.po 14 szt.)	05909991246525	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	17,50	23,73	23,73	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	11,87
2972	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 20 mg	14 szt. (1 poj.po 14 szt.)	05909991128814	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	3,46	4,59	3,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	2,94
2973	Pantoprazolum	Contix, tabl. powl., 40 mg	112 szt. (8 blist.po 14 szt.)	05909991246532	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	34,99	45,01	45,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	22,51
2974	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 40 mg	14 szt. (1 poj.po 14 szt.)	05909991128418	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,77	9,03	6,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,72
2975	Pantoprazolum	Contracid, tabl. dojel., 20 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990736706	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	7,45	9,74	6,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,43

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2976	Pantoprazolum	Controloc 20, tabl. dojel., 20 mg	14 szt. (1 blist.po 14 szt.)	05909990478767	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	3,78	4,93	3,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	3,28
2977	Pantoprazolum	Controloc 20, tabl. dojel., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990478774	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	7,56	9,86	6,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,55
2978	Pantoprazolum	Controloc 40, tabl. dojel., 40 mg	14 szt. (1 blist.po 14 szt.)	05909990689842	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,50	8,75	6,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,44
2979	Pantoprazolum	Controloc 40, tabl. dojel., 40 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990689859	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	13,00	17,04	13,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	10,41
2980	Pantoprazolum	Gastrostad, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990653409	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,67	7,87	6,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	4,56
2981	Pantoprazolum	Gastrostad, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990653539	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,34	15,30	13,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	8,67
2982	Pantoprazolum	Gerdin 20 mg, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991245399	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	4,77	6,93	6,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	3,62

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2983	Pantoprazolum	Gerdin 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991245337	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	9,16	13,01	13,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,51
2984	Pantoprazolum	IPP 20, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990085033	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	7,77	10,08	6,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,77
2985	Pantoprazolum	IPP 40, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990082643	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	15,12	19,27	13,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	12,64
2986	Pantoprazolum	Noacid, tabl. dojel., 20 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990645640	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,94	8,16	6,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	4,85
2987	Pantoprazolum	Noacid, tabl. dojel., 40 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990645732	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,88	15,86	13,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	9,23
2988	Pantoprazolum	Nolpaza, tabl. dojel., 20 mg	90 szt.	05909990845521	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	15,28	20,63	20,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	10,32
2989	Pantoprazolum	Nolpaza, tabl. dojel., 40 mg	90 szt.	05909990845552	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	31,16	39,86	39,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	19,93

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2990	Pantoprazolum	Nolpaza 20, tabl. dojel., 20 mg	56 szt. (4 blist.po 14 szt.)	05909990075041	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	12,85	16,88	13,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	10,25
2991	Pantoprazolum	Nolpaza 20 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990075003	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	7,29	9,57	6,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,26
2992	Pantoprazolum	Nolpaza 40, tabl. dojel., 40 mg	56 szt. (4 blist.po 14 szt.)	05909990075126	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	25,70	32,34	26,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	19,08
2993	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 40 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990075089	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	14,58	18,70	13,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	12,07
2994	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990892761	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	4,32	6,46	6,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	3,23
2995	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 20 mg	56 tabl.	05909991186371	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	9,49	13,35	13,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,72
2996	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990892853	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,64	12,46	12,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,23
2997	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 40 mg	56 tabl.	05909991186418	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	19,00	25,30	25,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	12,65

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2998	Pantoprazolum	Pamyl 20 mg, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991046897	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	3,73	5,84	5,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	2,92
2999	Pantoprazolum	Pamyl 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991046941	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,47	12,28	12,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,14
3000	Pantoprazolum	Panprazox, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990817184	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	4,80	6,96	6,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	3,65
3001	Pantoprazolum	Panprazox, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990817320	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	9,61	13,48	13,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,85
3002	Pantoprazolum	Panrazol, tabl. dojel., 20 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990698974	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	4,75	6,91	6,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	3,60
3003	Pantoprazolum	Panrazol, tabl. dojel., 20 mg	56 szt. (8 blist.po 7 szt.)	05909990698981	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	9,40	13,26	13,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,63
3004	Pantoprazolum	Panrazol, tabl. dojel., 40 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990699209	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	9,50	13,37	13,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,74

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3005	Pantoprazolum	Pantoprazol KRKA, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990943890	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,26	8,49	6,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,18
3006	Pantoprazolum	Pantoprazol KRKA, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990944095	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	12,42	16,43	13,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	9,80
3007	Pantoprazolum	Pantoprazol Vitama, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991202040	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	3,73	5,84	5,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	2,92
3008	Pantoprazolum	Pantoprazol Vitama, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991202101	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	7,45	11,21	11,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,61
3009	Pantoprazolum	Pantoprazole Bluefish, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990793907	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	4,10	6,23	6,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	3,12
3010	Pantoprazolum	Pantoprazole Bluefish, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990794188	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,21	12,01	12,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,01
3011	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991139759	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	4,32	6,46	6,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	3,23

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3012	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabletki dojelitowe, 20 mg	56 tabl.	05907553017927	2018-09-01 - dla kolumny 12, 2018-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	7,51	11,28	11,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,64
3013	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991035631	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,86	12,69	12,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,35
3014	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabletki dojelitowe, 40 mg	56 tabl.	05907553017934	2018-09-01 - dla kolumny 12, 2018-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	15,01	21,11	21,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	10,56
3015	Pantoprazolum	Panzol, tabl. dojel., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990652334	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	7,67	9,97	6,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,66
3016	Pantoprazolum	Panzol, tabl. dojelitowe, 20 mg	56 szt.	05909991069681	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	9,61	13,48	13,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,85
3017	Pantoprazolum	Panzol, tabl. dojel., 40 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990652372	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	15,34	19,50	13,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	12,87
3018	Pantoprazolum	Ranloc, tabl. dojel., 20 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990730100	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,65	8,90	6,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,59

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3019	Pantoprazolum	Ranloc, tabl. dojel., 40 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990730179	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	13,31	17,37	13,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	10,74
3020	Paroxetinum	Arketis tabletki 20 mg, tabl., 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990047109	2019-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	15,12	19,27	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	10,15
3021	Paroxetinum	Parogen, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (1 poj.po 30 szt.)	05909990425877	2019-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	15,12	19,27	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	10,15
3022	Paroxetinum	Parogen, tabl. powl., 20 mg	60 szt. (1 poj.po 60 szt.)	05909990425884	2019-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	30,13	37,00	26,06	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	18,76
3023	Paroxetinum	Paroxetine Aurovitas, tabl. powl., 20 mg	30 tabl.	05909991323615	2019-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	8,96	12,80	12,80	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,84
3024	Paroxetinum	Paroxetine Aurovitas, tabl. powl., 20 mg	60 tabl.	05909991323646	2019-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	17,93	24,20	24,20	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,26
3025	Paroxetinum	Paroxetine Vitama, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990655724	2019-09-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	8,32	12,13	12,13	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,64
3026	Paroxetinum	Paroxinor, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990798346	2019-05-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	9,18	13,03	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,91
3027	Paroxetinum	Paxtin 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990010189	2019-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	14,58	18,70	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	9,58
3028	Paroxetinum	Paxtin 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990010202	2019-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	30,02	36,89	26,06	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	18,65
3029	Paroxetinum	Rexetin, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991006310	2019-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	15,12	19,27	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	10,15
3030	Paroxetinum	Xetanor 20 mg, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990570515	2019-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	14,04	18,13	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	9,01

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3031	Penicillaminum	Cuprenil, tabl. powl., 250 mg	30 szt.	05909990126217	2020-03-01	3 lata	239.0, Leki chelatujące miedź - penicylamina	47,63	59,51	59,51	Choroba Wilsona		ryczałt	3,20
3032	Perazinum	Perazin 100 mg, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990858514	2019-01-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyna	7,45	10,61	10,61	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
3033	Perazinum	Perazin 200mg, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991033453	2018-03-01	5 lat	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyna	14,90	20,20	20,20	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
3034	Perazinum	Perazin 25 mg, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990858415	2019-01-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyna	2,16	2,78	1,78	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,00
3035	Perazinum	Perazin 25 mg, tabl., 25 mg	50 tabl.	05909990914838	2018-01-01	5 lat	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyna	3,02	4,45	4,45	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
3036	Perazinum	Perazin 50mg, tabl., 50 mg	30 szt.	05909991033422	2018-03-01	5 lat	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyna	3,62	5,32	5,32	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
3037	Perazinum	Pernazinum, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990199518	2019-01-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyna	7,55	10,72	10,68	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,04
3038	Perazinum	Pernazinum, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990202614	2019-01-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyna	2,21	2,83	1,78	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,05
3039	Perazinum	Pernazinum, tabl., 25 mg	60 szt.	05906745439141	2020-11-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyna	3,67	5,36	5,34	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,02
3040	Perindopril tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05909991137571	2019-11-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,73	28,92	11,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	23,90
3041	Perindopril tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 10+5 mg	30 szt.	05909991137526	2019-11-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,73	28,92	11,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	23,90
3042	Perindopril tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 5+10 mg	30 szt.	05909991137472	2019-11-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,01	17,39	5,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	14,88
3043	Perindopril tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 5+5 mg	30 szt.	05909991137212	2019-11-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,01	17,39	5,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	14,88

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3044	Perindoprili tosilas + Indapamidum	Indix Combi, tabl. powl., 10+2,5 mg	30 szt.	05909991316600	2019-09-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,60	25,63	11,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	20,61
3045	Perindoprilum	Prenessa, tabl., 4 mg	30 szt. (1 x 30 szt.)	05909990569311	2019-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,34	13,54	5,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	11,03
3046	Perindoprilum	Prestarium 10 mg, tabl. powl., 10 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990336081	2019-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,30	34,77	11,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	29,75
3047	Perindoprilum	Prestarium 5 mg, tabl. powl., 5 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990337774	2019-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,21	21,80	5,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	19,29
3048	Perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+10 mg	90 tabl.	05909990908189	2018-01-01	5 lat	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,53	41,26	17,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	33,73
3049	Perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+5 mg	90 tabl.	05909990908158	2018-01-01	5 lat	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,53	41,26	17,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	33,73
3050	Perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+10 mg	90 tabl.	05909990908264	2018-01-01	5 lat	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	70,96	80,68	34,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	65,62
3051	Perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+5 mg	90 tabl.	05909990908233	2018-01-01	5 lat	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	70,96	80,68	34,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	65,62
3052	Perindoprilum + Indapamidum	Co-Prenessa, tabl., 8+2,5 mg	30 szt.	05909990850167	2019-05-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,60	25,63	11,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	20,61
3053	Perindoprilum + Indapamidum	Indix Combi, tabl. powl., 2,5+0,625 mg	30 szt.	05909991050290	2019-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,75	7,90	2,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,90

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3054	Perindoprilum + Indapamidum	Indix Combi, tabl. powl., 5+1,25 mg	30 szt.	05909991050344	2019-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,50	15,81	5,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	13,30
3055	Perindoprilum + Indapamidum	Noliprel Bi-Forte, tabl. powl., 10+2,5 mg	30 szt. (1 poj.po 30 szt.)	05909990707782	2019-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,70	40,44	11,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	35,42
3056	Perindoprilum + Indapamidum	Noliprel Forte, tabl. powl., 5+1,25 mg	30 szt. (1 poj.po 30 szt.)	05909990055029	2019-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,53	26,34	5,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	23,83
3057	Perindoprilum + Indapamidum	Tertensif Bi-Kombi, tabl. powl., 10+2,5 mg	30 szt. (1 poj.po 30 szt.)	05909990715206	2019-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,70	40,44	11,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	35,42
3058	Perindoprilum + Indapamidum	Tertensif Kombi, tabl. powl., 5+1,25 mg	30 szt. (1 poj.po 30 szt.)	05909990055678	2019-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,53	26,34	5,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	23,83
3059	Perindoprilum arginin um + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05909990669400	2021-03-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	26,78	31,07	11,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	26,05
3060	Perindoprilum arginin um + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 10+5 mg	30 szt.	05909990669332	2021-03-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	26,78	31,07	11,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	26,05
3061	Perindoprilum arginin um + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 5+10 mg	30 szt.	05909990669387	2021-03-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,55	20,05	5,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	17,54
3062	Perindoprilum arginin um + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 5+5 mg	30 szt.	05909990669301	2021-03-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,55	20,05	5,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	17,54
3063	Phenobarbitalum	Luminalum, tabl., 100 mg	10 szt.	05909990260614	2020-01-01	3 lata	155.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - fenobarbital - postacie do podawania doustnego	4,27	6,29	6,29	Padaczka		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3064	Phenobarbitalum	Luminalum Unia, tabl., 100 mg	10 szt. (1 blist.po 10 szt.)	05909990812615	2019-01-01	3 lata	155.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - fenobarbital - postacie do podawania doustnego	4,32	6,35	6,35	Padaczka		ryczałt	3,20
3065	Phenoxymethylpenicillinum	Ospen 1000, tabl. powl., 1000000 j.m.	30 tabl.	05909990070923	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.3, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - stałe postacie farmaceutyczne	14,53	19,81	19,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów po autologicznym lub allogenicznym przeszczepie szpiku - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z zaburzeniami odporności - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z chorobami rozrostowymi układu krwiotwórczego - profilaktyka	ryczałt	3,20
3066	Phenoxymethylpenicillinum	Ospen 1500, tabl. powl., 1500000 j.m.	12 szt.	05909990071012	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.3, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - stałe postacie farmaceutyczne	8,69	12,24	11,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów po autologicznym lub allogenicznym przeszczepie szpiku - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z zaburzeniami odporności - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z chorobami rozrostowymi układu krwiotwórczego - profilaktyka	ryczałt	4,08
3067	Phenoxymethylpenicillinum	Ospen 1500, tabl. powl., 1500000 j.m.	30 tabl.	05909990071029	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.3, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - stałe postacie farmaceutyczne	21,38	28,23	28,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów po autologicznym lub allogenicznym przeszczepie szpiku - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z zaburzeniami odporności - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z chorobami rozrostowymi układu krwiotwórczego - profilaktyka	ryczałt	3,20
3068	Phenoxymethylpenicillinum	Ospen 750, zawiesina doustna, 750000 j.m./5 ml	150 ml	05909990363223	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.4, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - płynne postacie farmaceutyczne	25,65	33,48	33,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów po autologicznym lub allogenicznym przeszczepie szpiku - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z zaburzeniami odporności - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z chorobami rozrostowymi układu krwiotwórczego - profilaktyka	ryczałt	3,20
3069	Phenoxymethylpenicillinum	Ospen 750, zawiesina doustna, 750000 j.m./5 ml	60 ml	05909990363216	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.4, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - płynne postacie farmaceutyczne	10,26	14,42	14,42	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
3070	Phenoxymethylpenicillinum kalicum	Ospen 1000, tabl. powl., 1000000 j.m.	12 szt.	05909990070916	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.3, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - stałe postacie farmaceutyczne	5,83	8,37	7,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów po autologicznym lub allogenicznym przeszczepie szpiku - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z zaburzeniami odporności - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z chorobami rozrostowymi układu krwiotwórczego - profilaktyka	ryczałt	4,00
3071	Phenytoinum	Phenytoinum WZF, tabl., 100 mg	60 szt. (4 blist.po 15 szt.)	05909990093519	2019-01-01	3 lata	156.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - fenytoina	10,80	15,11	15,11	Padaczka		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3072	Phytomenadionum (vit. K1)	Vitacon, tabl. drażowane, 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990772810	2019-01-01	3 lata	25.0, Witamina K i inne leki hemostatyczne - fytomenadion	16,05	21,72	21,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
3073	Pilocarpini hydrochloridum	Pilocarpinum WZF 2%, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	10 ml (2x5 ml)	05909990237524	2019-01-01	3 lata	211.0, Leki przeciwjaskrowe - parasympatykomimetyki - pilokarpina	8,86	12,59	12,59	Jaskra		30%	3,78
3074	Piribedilum	Pronoran, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990846320	2019-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	20,11	25,93	19,44	Choroba i zespół Parkinsona		30%	12,32
3075	Posaconazolum	Noxafil, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05909990335244	2018-05-01 - dla kolumny 12, <1>2018-09-01/<2>2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	112.0, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - pochodne triazolu - posaconazol	2538,39	2695,67	744,78	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	1954,09

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3076	Posaconazolum	Posaconazole AHCL, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05055565754351	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	112.0, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - pochodne triazolu - posaconazol	648,00	710,76	710,76	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
3077	Posaconazolum	Posaconazole Glenmark, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	08595112678152	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	112.0, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - pochodne triazolu - posaconazol	734,40	801,48	744,78	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	59,90

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3078	Posaconazolum	Posaconazole Mylan, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05901797710743	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	112.0, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - pochodne triazolu - posaconazol	909,36	985,19	744,78	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	243,61
3079	Posaconazolum	Posaconazole Sandoz, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	07613421033408	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	112.0, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - pochodne triazolu - posaconazol	907,20	982,92	744,78	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	241,34

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3080	Posaconazolum	Posaconazole Stada, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05909991368562	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	112.0, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - pochodne triazolu - posaconazol	680,40	744,78	744,78	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
3081	Posaconazolum	Posaconazole Teva, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05909991422059	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	112.0, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - pochodne triazolu - posaconazol	680,40	744,78	744,78	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	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3082	Pramipexolum	Oprymea, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,26+0,52+1,05 mg	21 szt.	05909991238773	2020-11-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	15,66	21,18	19,05	Leczenie objawów idiopatycznej choroby Parkinsona u dorosłych, w monoterapii (bez lewodopy) lub w skojarzeniu z lewodopą, tzn. w czasie trwania choroby, do jej późnych okresów, kiedy działanie lewodopy słabnie lub staje się nierówne i występują wahania skuteczności leczenia (wyczerpanie dawki lub efekt przełączania-zjawisko „on-off")		30%	7,85
3083	Pramipexolum	Oprymea, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1.05 mg	30 szt.	05909991238582	2020-11-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	38,34	48,71	46,66	Leczenie objawów idiopatycznej choroby Parkinsona u dorosłych, w monoterapii (bez lewodopy) lub w skojarzeniu z lewodopą, tzn. w czasie trwania choroby, do jej późnych okresów, kiedy działanie lewodopy słabnie lub staje się nierówne i występują wahania skuteczności leczenia (wyczerpanie dawki lub efekt przełączania-zjawisko „on-off")		30%	16,05
3084	Pramipexolum	Oprymea, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1.57 mg	30 szt.	05909991238629	2020-11-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	56,70	69,99	69,99	Leczenie objawów idiopatycznej choroby Parkinsona u dorosłych, w monoterapii (bez lewodopy) lub w skojarzeniu z lewodopą, tzn. w czasie trwania choroby, do jej późnych okresów, kiedy działanie lewodopy słabnie lub staje się nierówne i występują wahania skuteczności leczenia (wyczerpanie dawki lub efekt przełączania-zjawisko „on-off")		30%	21,00
3085	Pramipexolum	Oprymea, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2.1 mg	30 szt.	05909991238667	2020-11-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	76,68	92,95	92,95	Leczenie objawów idiopatycznej choroby Parkinsona u dorosłych, w monoterapii (bez lewodopy) lub w skojarzeniu z lewodopą, tzn. w czasie trwania choroby, do jej późnych okresów, kiedy działanie lewodopy słabnie lub staje się nierówne i występują wahania skuteczności leczenia (wyczerpanie dawki lub efekt przełączania-zjawisko „on-off")		30%	27,89
3086	Prednisolonum	Encortolon, tabl., 5 mg	20 szt.	05904374007946	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	82.4, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednisolon	9,61	12,72	8,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	autoimmunizacyjne zapalenie wątroby u dzieci do 18 roku życia; autoimmunizacyjne zapalenie trzustki u dzieci do 18 roku życia; eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; stan po przeszczepie nerki u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	7,14
3087	Prednisolonum	Encortolon, tabl., 5 mg	20 szt.	05909990170715	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	82.4, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednisolon	9,71	12,83	8,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	autoimmunizacyjne zapalenie wątroby u dzieci do 18 roku życia; autoimmunizacyjne zapalenie trzustki u dzieci do 18 roku życia; eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; stan po przeszczepie nerki u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	7,25

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3088	Prednisolonum	Predasol, tabletki, 20 mg	20 tabl.	05909991356712	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	82.4, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednisolon	27,00	35,10	35,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	autoimmunizacyjne zapalenie wątroby u dzieci do 18 roku życia; autoimmunizacyjne zapalenie trzustki u dzieci do 18 roku życia; eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; stan po przeszczepie nerki u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,27
3089	Prednisonum	Encorton, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991289416	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1><2><3>3 lata/<4>2 lata - dla kolumny 13	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	7,45	8,20	1,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>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	8,20
3090	Prednisonum	Encorton, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991289416	2020-11-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	7,45	8,20	1,18	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	7,02
3091	Prednisonum	Encorton, tabl., 1 mg	20 szt.	05909990170616	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-09-01/<3>2019-11-01/<4>2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1><2><3>3 lata/<4>2 lata - dla kolumny 13	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	7,56	8,32	1,18	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	8,32
3092	Prednisonum	Encorton, tabl., 1 mg	20 szt.	05909990170616	2019-01-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	7,56	8,32	1,18	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	7,14
3093	Prednisonum	Encorton, tabl., 10 mg	20 szt.	05909990405312	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1><2><3>3 lata/<4>2 lata - dla kolumny 13	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	16,20	20,34	11,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>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	11,70

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3094	Prednisonum	Encorton, tabl., 10 mg	20 szt.	05909990405312	2019-11-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	16,20	20,34	11,84	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	8,50
3095	Prednisonum	Encorton, tabl., 20 mg	20 szt.	05909990405411	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1><2><3>3 lata/<4>2 lata - dla kolumny 13	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	21,60	27,95	23,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>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	8,54
3096	Prednisonum	Encorton, tabl., 20 mg	20 szt.	05909990405411	2019-11-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	21,60	27,95	23,68	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	4,27
3097	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990641192	2018-11-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-09-01/<3>2019-11-01/<4>2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1><2><3>3 lata/<4>2 lata - dla kolumny 13	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	22,45	29,60	29,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>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	5,33
3098	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990641192	2018-11-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	22,45	29,60	29,60	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3099	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	20 szt.	05909990641185	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1><2><3>3 lata/<4>2 lata - dla kolumny 13	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	9,72	12,09	5,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>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	9,37
3100	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	20 szt.	05909990641185	2019-11-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	9,72	12,09	5,92	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	6,17

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3101	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	14 szt.	05909990009350	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	18,77	25,37	25,37	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
3102	Pregabalinum	Lyrica, kapsułki twarde, 150 mg	56 kaps.	05901878600550	2018-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	84,51	101,46	101,46	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
3103	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	56 szt.	05903792743252	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	84,67	101,61	101,61	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
3104	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	56 szt.	05909990009367	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	85,22	102,20	101,80	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,60
3105	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 75 mg	14 szt.	05909990009282	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	11,04	15,20	12,73	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,67
3106	Pregabalinum	Lyrica, kapsułki twarde, 75 mg	56 kaps.	05901878600543	2018-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	40,18	50,90	50,90	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
3107	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 75 mg	56 szt.	05909990009299	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	40,20	50,93	50,90	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,23

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3108	Pregabalinum	Naxalgan, kaps. twarde, 150 mg	60 szt.	05909991378295	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	90,72	108,28	108,28	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
3109	Pregabalinum	Naxalgan, kaps. twarde, 300 mg	60 szt.	05909991378356	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	181,44	207,53	207,53	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,40
3110	Pregabalinum	Naxalgan, kaps. twarde, 75 mg	60 szt.	05909991378226	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	45,36	56,65	54,54	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,31
3111	Pregabalinum	Preato, tabl., 100 mg	56 szt.	05909991400460	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	25,92	37,34	37,34	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
3112	Pregabalinum	Preato, tabl., 150 mg	56 szt.	05909991400477	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	31,32	45,61	45,61	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
3113	Pregabalinum	Preato, tabl., 200 mg	56 szt.	05909991400484	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	38,88	54,94	54,94	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,98
3114	Pregabalinum	Preato, tabl., 75 mg	28 szt.	05909991421236	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	14,58	20,97	20,97	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3115	Pregabalinum	Preato, tabl., 75 mg	56 szt.	05909991400453	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	20,52	30,27	30,27	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
3116	Pregabalinum	Pregabalin Sandoz, kapsułki twarde, 150 mg	70 kaps.	05907626705072	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	108,54	127,74	127,25	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,22
3117	Pregabalinum	Pregabalin Sandoz, kapsułki twarde, 75 mg	70 kaps.	05907626704839	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	54,27	66,75	63,63	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,32
3118	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	30 szt.	05909991076207	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i dopochwowo	43,20	54,40	51,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka i leczenie ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym	ryczałt	6,08
3119	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	60 tabl.	05909991103231	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i dopochwowo	86,40	103,76	103,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka i leczenie ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym	ryczałt	7,11
3120	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 200 mg	30 szt.	05909991076238	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i dopochwowo	86,38	103,74	103,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka i leczenie ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym	ryczałt	7,11
3121	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 50 mg	30 szt.	05909990569380	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i dopochwowo	21,60	28,58	25,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka i leczenie ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym	ryczałt	5,84
3122	Progesteronum	Luteina 50, tabl. podjęzykowe, 50 mg	30 szt.	05909990267422	2019-01-01	3 lata	65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i dopochwowo	11,58	14,70	7,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,12

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3123	Progesteronum	Luteina 50, tabl. podjęzykowe, 50 mg	30 szt.	05906414002355	2020-11-01	3 lata	65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i dopochwowo	11,58	14,70	7,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,12
3124	Propafenoni hydrochloridum	Tonicard, tabl. powl., 150 mg	60 tabl.	05909991341558	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	30.0, Leki przeciwarytmiczne klasy I C - propafenon	11,86	16,44	16,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadkomorowe zaburzenia rytmu serca inne niż określone w ChPL; nadkomorowe zaburzenia rytmu serca - profilaktyka nawrotów; zaburzenia rytmu serca w zespole WPW inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; komorowe zaburzenia rytmu serca inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
3125	Propafenonum	Polfenon, tabl. powl., 150 mg	20 szt.	05909990034123	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	30.0, Leki przeciwarytmiczne klasy I C - propafenon	5,29	7,21	5,48	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	4,93
3126	Propranololi hydrochloridum	Propranolol Accord, tabl. powl., 40 mg	50 szt.	05909991033590	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego	3,80	5,58	5,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	napady anoksemiczne u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka; niewydolność serca u dzieci do 18 roku życia; naczyniaki wczesnoniemowlęce u dzieci do 18 roku życia; naczyniaki płaskie; naczyniaki jamiste	ryczałt	3,20
3127	Propranololum	Propranolol Accord, tabletki powlekane, 10 mg	50 tabl.	05909991033507	2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego	2,43	2,95	1,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	napady anoksemiczne u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka; niewydolność serca u dzieci do 18 roku życia; naczyniaki wczesnoniemowlęce u dzieci do 18 roku życia; naczyniaki płaskie; naczyniaki jamiste	ryczałt	2,95
3128	Propranololum	Propranolol WZF, tabl., 10 mg	50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	05909990112111	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego	3,24	3,80	1,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	napady anoksemiczne u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka; niewydolność serca u dzieci do 18 roku życia; naczyniaki wczesnoniemowlęce u dzieci do 18 roku życia; naczyniaki płaskie; naczyniaki jamiste	ryczałt	3,80
3129	Propranololum	Propranolol WZF, tabl., 40 mg	50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	05909990112210	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego	5,08	6,93	5,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	napady anoksemiczne u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka; niewydolność serca u dzieci do 18 roku życia; naczyniaki wczesnoniemowlęce u dzieci do 18 roku życia; naczyniaki płaskie; naczyniaki jamiste	ryczałt	4,55
3130	Pyrazinamidum	Pyrazinamid Farmapol, tabl., 500 mg	250 szt.	05909990263516	2019-01-01	3 lata	113.0, Leki przeciwprątkowe - inne - pyrazynamid	135,00	157,34	157,34	Gruźlica, w tym również gruźlica wielolekooporna i inne mykobakteriozy		bezpłatny do limitu	0,00
3131	Pyridostigmini bromidum	Mestinon, tabl. drażowane, 60 mg	150 szt. (1 but.po 150 szt.)	05909991014421	2019-01-01	3 lata	188.0, Leki parasympatykomimetyczne - bromek pirydostygminy	99,25	117,92	117,92	Miastenia		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	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3132	Pyridostigmini bromidum	Mestinon, tabl. drażowane, 60 mg	150 szt. (1 but.po 150 szt.)	05909991014421	2019-01-01	3 lata	188.0, Leki parasympatykomimetyczne - bromek pirydostygminy	99,25	117,92	117,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	35,38
3133	Quetiapinum	ApoTiapina, tabl. powl., 100 mg	60 tabl.	05909990910762	2019-09-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	40,28	50,73	44,43	Schizofrenia, Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	9,50
3134	Quetiapinum	ApoTiapina, tabl. powl., 200 mg	60 tabl.	05909990910779	2019-09-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	80,57	97,02	88,86	Schizofrenia, Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	11,36
3135	Quetiapinum	ApoTiapina, tabl. powl., 25 mg	30 tabl.	05909990897780	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,83	8,10	5,55	Schizofrenia, Choroba afektywna dwubiegunowa	zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem	ryczałt	5,75
3136	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990719853	<1>2019-01-01/<2>2019-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	32,94	43,03	43,03	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
3137	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990720163	<1>2019-01-01/<2>2019-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	66,96	82,73	82,73	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
3138	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990719389	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,51	7,77	5,55	Schizofrenia	zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem	ryczałt	5,42
3139	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990720309	<1>2019-01-01/<2>2019-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	100,44	119,90	119,90	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,80
3140	Quetiapinum	Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991326319	2020-11-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	68,04	83,86	83,86	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
3141	Quetiapinum	Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991326371	2020-11-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	103,68	123,30	123,30	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,80

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3142	Quetiapinum	Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991326432	2020-11-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	140,40	163,84	163,84	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,40
3143	Quetiapinum	Etiagen, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990806362	2019-01-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,61	46,88	44,43	Schizofrenia		ryczałt	5,65
3144	Quetiapinum	Etiagen, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990806386	2019-01-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	73,22	89,31	88,86	Schizofrenia		ryczałt	3,65
3145	Quetiapinum	Etiagen, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990806355	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,94	8,22	5,55	Schizofrenia	zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem	ryczałt	5,87
3146	Quetiapinum	Etiagen XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909991209858	2019-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	35,21	45,41	44,43	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,18
3147	Quetiapinum	Etiagen XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	30 szt.	05909991210021	2019-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	52,92	66,01	66,01	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
3148	Quetiapinum	Etiagen XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909991210199	2019-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	70,20	86,13	86,13	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
3149	Quetiapinum	Etiagen XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	05909991209728	2019-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,80	12,71	11,11	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,80
3150	Quetiapinum	Kefrenex, tabl. powl., 100 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990722365	<1>2019-01-01/<2>2019-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	37,80	48,13	44,43	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,90
3151	Quetiapinum	Kefrenex, tabl. powl., 200 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990722426	<1>2019-01-01/<2>2019-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	75,60	91,80	88,86	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,14

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3152	Quetiapinum	Kefrenex, tabl. powl., 300 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990722327	2019-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	113,40	133,51	133,29	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,02
3153	Quetiapinum	Ketilept 100 mg, tabl. powl., 100 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990055562	2019-01-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	38,88	49,26	44,43	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	8,03
3154	Quetiapinum	Ketilept 200 mg, tabl. powl., 200 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990055593	2019-01-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	76,68	92,93	88,86	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	7,27
3155	Quetiapinum	Ketilept 25 mg, tabl. powl., 25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990055531	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,86	8,13	5,55	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem	ryczałt	5,78
3156	Quetiapinum	Ketilept 300 mg, tabl. powl., 300 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990055630	2019-01-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	114,70	134,88	133,29	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,39
3157	Quetiapinum	Ketilept Retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909991219420	2019-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	56,59	69,86	66,65	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,41
3158	Quetiapinum	Ketilept Retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991219468	2019-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	75,46	91,65	88,86	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,99
3159	Quetiapinum	Ketilept Retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991219505	2019-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	113,19	133,29	133,29	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,80
3160	Quetiapinum	Ketilept Retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991219543	2019-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	150,93	174,90	174,90	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,40
3161	Quetiapinum	Ketilept Retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	05909991219383	2019-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,87	25,27	22,22	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,25

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3162	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 100 mg	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	05909990058785	<1>2019-01-01/<2>2019-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	64,80	79,14	74,05	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	8,29
3163	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 100 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990058778	<1>2019-01-01/<2>2019-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,22	25,65	22,22	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,63
3164	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 100 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990081233	2019-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	39,64	50,06	44,43	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	8,83
3165	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 200 mg	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	05909990058761	<1>2019-01-01/<2>2019-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	129,60	151,18	148,10	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	8,41
3166	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 200 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990058754	<1>2019-01-01/<2>2019-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	37,80	48,13	44,43	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,90
3167	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 200 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990081196	2019-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	77,22	93,50	88,86	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	7,84
3168	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 25 mg	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	05909990058808	<1>2019-01-01/<2>2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	20,09	25,89	18,51	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem	ryczałt	10,58
3169	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 300 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990779062	<1>2019-01-01/<2>2019-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	112,32	132,38	132,38	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,80
3170	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powl., 100 mg	60 szt. (1 poj.po 60 szt.)	05909990430857	2019-01-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	41,04	51,53	44,43	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	10,30
3171	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powl., 200 mg	60 szt. (1 poj.po 60 szt.)	05909990430888	2019-01-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	82,08	98,60	88,86	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	12,94

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3172	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powl., 25 mg	30 szt. (1 poj.po 30 szt.)	05909990430840	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,94	8,22	5,55	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem	ryczałt	5,87
3173	Quetiapinum	Kvelux SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991219901	2019-01-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	74,74	90,90	88,86	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,24
3174	Quetiapinum	Kvelux SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991219963	2019-01-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	112,10	132,15	132,15	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,80
3175	Quetiapinum	Kvelux SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991220020	2019-01-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	149,47	173,35	173,35	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,40
3176	Quetiapinum	Kvelux SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	05909991219758	2019-01-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,34	13,28	11,11	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,37
3177	Quetiapinum	Kventiax 100 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990074143	<1>2019-01-01/<2>2019-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	39,15	49,54	44,43	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	8,31
3178	Quetiapinum	Kventiax 200 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990074235	<1>2019-01-01/<2>2019-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	78,30	94,64	88,86	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	8,98
3179	Quetiapinum	Kventiax 25 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990074068	<1>2019-01-01/<2>2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,29	7,53	5,55	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem	ryczałt	5,18
3180	Quetiapinum	Kventiax 300 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990074280	<1>2019-01-01/<2>2019-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	115,02	135,21	133,29	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,72

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3181	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 tabl.	05909991205591	2018-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	56,54	69,81	66,65	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,36
3182	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 tabl.	05909991205676	2018-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	75,38	91,57	88,86	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,91
3183	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 tabl.	05909991205737	2018-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	113,08	133,18	133,18	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,80
3184	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991380922	2019-03-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	142,56	166,11	166,11	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,40
3185	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	05909991255367	2019-03-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,68	25,07	22,22	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,05
3186	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990688234	<1>2019-01-01/<2>2019-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	41,04	51,53	44,43	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	10,30
3187	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powl., 150 mg	60 szt.	05909990688272	<1>2019-01-01/<2>2019-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	61,56	75,08	66,65	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	11,63
3188	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990688296	<1>2019-01-01/<2>2019-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	82,08	98,60	88,86	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	12,94
3189	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990688241	<1>2019-01-01/<2>2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,94	8,22	5,55	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem	ryczałt	5,87
3190	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990688265	<1>2019-01-01/<2>2019-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	123,12	143,72	133,29	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	15,23

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3191	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05906414000894	2019-03-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	56,62	69,89	66,65	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,44
3192	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909990965373	2019-11-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	75,60	91,80	88,86	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,14
3193	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909990965403	2019-11-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	113,40	133,51	133,29	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,02
3194	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909990965441	2019-11-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	151,20	175,18	175,18	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,40
3195	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. powl., 50 mg	30 tabl.	05909990965335	2019-03-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,34	13,28	11,11	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,37
3196	Quetiapinum	Pinexet 100 mg, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990788590	<1>2019-01-01/<2>2019-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	39,95	50,39	44,43	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	9,16
3197	Quetiapinum	Pinexet 200 mg, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990788651	<1>2019-01-01/<2>2019-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	78,83	95,19	88,86	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	9,53
3198	Quetiapinum	Pinexet 25 mg, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990788583	<1>2019-01-01/<2>2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,61	7,87	5,55	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem	ryczałt	5,52
3199	Quetiapinum	Pinexet 300 mg, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990788675	<1>2019-01-01/<2>2019-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	117,82	138,15	133,29	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	9,66
3200	Quetiapinum	Questax XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909991358570	2020-11-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	56,52	69,79	66,65	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		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	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3201	Quetiapinum	Questax XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991358648	2020-11-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	66,94	82,71	82,71	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
3202	Quetiapinum	Questax XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991358792	2020-11-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	100,42	119,88	119,88	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,80
3203	Quetiapinum	Questax XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991358945	2020-11-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	140,38	163,82	163,82	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,40
3204	Quetiapinum	Questax XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	05909991358495	2020-11-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,78	12,69	11,11	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,78
3205	Quetiapinum	Quetiapin NeuroPharma, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990938544	2018-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	39,85	50,28	44,43	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	9,05
3206	Quetiapinum	Quetiapin NeuroPharma, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990938704	2018-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	79,70	96,11	88,86	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	10,45
3207	Quetiapinum	Quetiapin NeuroPharma, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05901384806057	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,12	7,36	5,55	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem	ryczałt	5,01
3208	Quetiapinum	Quetiapin NeuroPharma, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990938766	2018-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	119,56	139,98	133,29	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	11,49
3209	Quetiapinum	Setinin, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990736393	2019-03-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	37,26	47,56	44,43	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,33
3210	Quetiapinum	Setinin, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990736461	2019-03-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	74,52	90,67	88,86	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,01

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3211	Quetiapinum	Setinin, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990736492	2019-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	111,24	131,24	131,24	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,80
3212	Quetiapinum	Symquel XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 tabl.	05909991087180	2017-05-01	5 lat	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	71,28	87,26	87,26	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
3213	Quetiapinum	Symquel XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 tabl.	05909991087258	2017-05-01	5 lat	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	106,92	126,71	126,71	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,80
3214	Quetiapinum	Symquel XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 tabl.	05909991087302	2017-05-01	5 lat	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	142,56	166,11	166,11	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,40
3215	Quetiapinum	Symquel XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	60 tabl.	05909991087005	2017-05-01	5 lat	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,82	24,17	22,22	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,15
3216	Quinaprilum	Accupro 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 tabl.)	05909990707010	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,80	12,43	3,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci od 6 do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci od 6 do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci od 6 do 18 roku życia	ryczałt	11,82
3217	Quinaprilum	Accupro 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 tabl.)	05909990707119	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,16	20,16	7,61	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	16,82
3218	Quinaprilum	Accupro 40, tabl. powl., 40 mg	28 szt. (4 blist.po 7 tabl.)	05909991080129	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	26,29	31,13	14,21	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	24,88
3219	Quinaprilum	Accupro 5, tabl. powl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 tabl.)	05909990706914	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,10	9,05	1,90	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	9,05

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3220	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991125516	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,02	12,66	3,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci od 6 do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci od 6 do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci od 6 do 18 roku życia	ryczałt	12,05
3221	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991125615	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,12	18,01	7,61	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	14,67
3222	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990953882	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	25,26	30,20	15,23	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	23,50
3223	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991125417	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,05	8,99	1,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci od 6 do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci od 6 do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci od 6 do 18 roku życia	ryczałt	8,99
3224	Quinaprilum	Pulsaren 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991165710	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,80	15,57	7,61	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	12,23
3225	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991340766	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,10	15,38	15,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	12,80
3226	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabletki, 10 mg	30 szt.	05909991308971	2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,34	16,68	16,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	12,80

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3227	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990571468	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,31	17,70	17,70	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	12,80
3228	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990571475	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,84	33,48	33,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	25,60
3229	Ramiprilum	Ampril 5 mg tabletki, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990571499	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,16	9,42	9,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,40
3230	Ramiprilum	Ampril 5 mg tabletki, tabl., 5 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990571505	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,42	17,81	17,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	12,80
3231	Ramiprilum	Apo-Rami, tabl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990653379	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,29	19,55	19,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
3232	Ramiprilum	Apo-Rami, tabl., 2.5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990653355	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	3,60	5,30	5,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
3233	Ramiprilum	Apo-Rami, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990653362	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,19	10,34	10,34	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	5,97

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3234	Ramiprilum	Axtil, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990337989	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,97	21,54	21,54	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	12,80
3235	Ramiprilum	Axtil, tabl., 2.5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990337958	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	4,00	5,83	5,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,32
3236	Ramiprilum	Axtil, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990337972	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,93	11,28	11,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,40
3237	Ramiprilum	Ivipril, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990962020	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,42	17,59	17,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
3238	Ramiprilum	Ivipril, tabl., 2.5 mg	28 szt.	05909990961955	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	3,10	4,78	4,78	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
3239	Ramiprilum	Ivipril, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990961986	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,16	9,26	9,26	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
3240	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990661756	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,04	19,29	19,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3241	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991344603	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,10	15,38	15,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	12,80
3242	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabletki, 10 mg	30 szt.	05909991369910	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,96	18,38	18,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	12,80
3243	Ramiprilum	Piramil 2,5 mg, tabl., 2.5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990212170	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	4,81	6,68	5,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,17
3244	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabletki, 5 mg	30 szt.	05909991369903	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,18	10,49	10,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,40
3245	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990212248	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,56	10,89	10,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,40
3246	Ramiprilum	Polpril, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990924653	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,71	20,00	20,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
3247	Ramiprilum	Polpril, kaps. twarde, 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990694655	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,97	21,32	21,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3248	Ramiprilum	Polpril, tabl., 2.5 mg	28 szt.	05909990924608	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	3,67	5,36	5,33	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	3,23
3249	Ramiprilum	Polpril, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990924646	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,35	10,51	10,51	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
3250	Ramiprilum	Polpril, kaps. twarde, 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990694631	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,87	11,05	10,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,36
3251	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991093334	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,10	15,16	15,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
3252	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powl., 2.5 mg	28 szt.	05909991093280	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	2,65	4,30	4,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
3253	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991093303	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	5,08	8,13	8,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,97
3254	Ramiprilum	Ramipril Aurovitas, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991326012	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,90	20,42	20,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	12,80

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3255	Ramiprilum	Ramipril Aurovitas, tabl., 2.5 mg	30 szt.	05909991325893	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	3,80	5,62	5,62	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
3256	Ramiprilum	Ramipril Aurovitas, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991325954	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,45	10,77	10,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,40
3257	Ramiprilum	Ramipril Genoptim, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991316655	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,88	17,02	17,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
3258	Ramiprilum	Ramipril Genoptim, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991316464	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	5,94	9,03	9,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,97
3259	Ramiprilum	Ramipril Krka, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991070540	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,31	17,48	17,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
3260	Ramiprilum	Ramipril Krka, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991070441	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,16	9,26	9,26	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
3261	Ramiprilum	Ramistad 10, tabl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990017461	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,15	15,21	15,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3262	Ramiprilum	Ramistad 2,5, tabl., 2.5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990017447	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	2,75	4,41	4,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
3263	Ramiprilum	Ramistad 5, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990017454	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	5,56	8,63	8,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,97
3264	Ramiprilum	Ramve 10 mg, kaps. twarde, 10 mg	28 szt.	05909990047987	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,82	19,07	19,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
3265	Ramiprilum	Ramve 2,5 mg, kaps. twarde, 2.5 mg	28 szt.	05909990047949	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	3,46	5,15	5,15	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
3266	Ramiprilum	Ramve 5 mg, kaps. twarde, 5 mg	28 szt.	05909990047963	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,91	10,05	10,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,97
3267	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991414153	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,48	18,70	18,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
3268	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991411640	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,59	18,82	18,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3269	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991402006	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,59	18,82	18,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
3270	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991427153	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,59	18,82	18,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
3271	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991401566	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,61	18,84	18,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
3272	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990916016	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,98	21,33	21,32	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	11,96
3273	Ramiprilum	Tritace 10, tabletki, 10 mg	28 tabl.	05909991367084	2018-09-01 - dla kolumny 12, 2018-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,66	18,89	18,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
3274	Ramiprilum	Tritace 2,5, tabl., 2.5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990478217	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,37	9,26	5,33	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	7,13
3275	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990478316	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,83	13,11	10,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	8,42

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3276	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991427276	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,15	19,41	19,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
3277	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990610532	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,66	21,21	21,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	12,80
3278	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	90 szt.	05909991004392	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	46,66	58,39	58,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	38,40
3279	Ramiprilum	Vivace 2,5 mg, tabl., 2.5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990610440	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	3,89	5,71	5,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
3280	Ramiprilum	Vivace 2,5 mg, tabl., 2.5 mg	90 szt.	05909991004378	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,66	16,19	16,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	9,60
3281	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991427252	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,01	10,14	10,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,97
3282	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990610495	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,78	11,11	11,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,40

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3283	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	90 szt.	05909991004385	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,33	30,68	30,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	19,20
3284	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05909990936885	2018-11-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	12,53	16,82	14,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,33
3285	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05909990936854	2018-11-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,26	8,68	7,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,44
3286	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05909990936809	2018-11-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	12,53	16,82	14,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,33
3287	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05909990936779	2018-11-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,26	8,68	7,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,44
3288	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps., 10+10 mg	30 szt.	05909991142759	2019-03-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	12,05	16,30	14,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,81
3289	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+10 mg	60 szt.	05909991142728	2019-09-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	24,11	31,05	29,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,08
3290	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps., 10+5 mg	30 szt.	05909991142636	2019-03-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,03	8,44	7,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,20
3291	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+5 mg	60 szt.	05909991142643	2019-09-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	12,05	16,30	14,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,81
3292	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps., 5+10 mg	30 szt.	05909991142681	2019-03-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	12,05	16,30	14,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,81
3293	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+10 mg	60 szt.	05909991142674	2019-09-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	24,11	31,05	29,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,08
3294	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps., 5+5 mg	30 szt.	05909991142520	2019-03-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,03	8,44	7,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,20
3295	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+5 mg	60 szt.	05909991142513	2019-09-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	12,05	16,30	14,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,81
3296	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05903060611542	2021-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	12,06	16,31	14,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,82
3297	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05903060611504	2021-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,03	8,44	7,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3298	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05903060611467	2021-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	12,06	16,31	14,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,82
3299	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05903060611429	2021-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,03	8,44	7,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,20
3300	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05909990988334	2019-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	12,05	16,30	14,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,81
3301	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05909990988297	2019-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,03	8,44	7,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,20
3302	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05909990988273	2019-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	12,05	16,30	14,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,81
3303	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05909990988259	2019-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,03	8,44	7,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,20
3304	Ramiprilum + Felodipinum	Delmuno 2,5, tabl. powl., 2,5+2,5 mg	28 szt.	05909990973118	2019-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,34	13,43	5,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	11,30
3305	Ramiprilum + Felodipinum	Delmuno 5, tabl. powl., 5+5 mg	28 szt.	05909990973217	2019-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,58	18,10	10,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	13,41
3306	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Ampril HD, tabl., 5+25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990573233	2019-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,61	15,14	11,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,12
3307	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Ampril HL, tabl., 2,5+12,5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990573226	2019-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,10	10,14	5,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,63
3308	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Tritace 2,5 Comb, tabl., 2,5+12,5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990885312	2019-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,10	10,03	5,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,90
3309	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Tritace 5 Comb, tabl., 5+25 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990885411	2019-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,83	13,11	10,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,42

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3310	Ranitidinum	Ranitydyna Aurovitas, tabl. powl., 150 mg	60 szt.	05909991352868	2019-09-01	3 lata	1.0, Leki blokujące receptory histaminowe H2 - stosowane doustnie	6,06	8,77	8,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
3311	Rifampicinum	Rifampicyna TZF, kaps. twarde, 150 mg	100 szt.	05909990085019	2019-01-01	3 lata	111.1, Leki przeciwprątkowe - antybiotyki - ryfampicyna	62,10	75,15	61,40	Gruźlica, w tym również gruźlica wielolekooporna i inne mykobakteriozy		bezpłatny do limitu	13,75
3312	Rifampicinum	Rifampicyna TZF, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990084913	2019-01-01	3 lata	111.1, Leki przeciwprątkowe - antybiotyki - ryfampicyna	103,68	122,80	122,80	Gruźlica, w tym również gruźlica wielolekooporna i inne mykobakteriozy		bezpłatny do limitu	0,00
3313	Rifampicinum + Isoniazidum	Rifamazid, kaps. twarde, 150 + 100 mg	100 szt.	05909990086115	2019-01-01	3 lata	111.2, Leki przeciwprątkowe - produkty złożone - izoniazyd z ryfampicyną	75,06	90,31	77,78	Gruźlica, w tym również gruźlica wielolekooporna i inne mykobakteriozy		bezpłatny do limitu	12,53
3314	Rifampicinum + Isoniazidum	Rifamazid, kaps. twarde, 300 + 150 mg	100 szt.	05909990086214	2019-01-01	3 lata	111.2, Leki przeciwprątkowe - produkty złożone - izoniazyd z ryfampicyną	133,38	155,55	155,55	Gruźlica, w tym również gruźlica wielolekooporna i inne mykobakteriozy		bezpłatny do limitu	0,00
3315	Riluzolum	Riluzol PMCS, tabl. powl., 50 mg	56 szt.	05909990928156	2021-01-01	3 lata	191.0, Leki stosowane w leczeniu stwardnienia zanikowego-bocznego - riluzol	156,60	181,04	181,04	Stwardnienie zanikowe boczne		ryczałt	3,20
3316	Risedronatum natricum	Risendros 35, tabl. powl., 35 mg	4 szt. (1 blist.po 4 szt.)	05909990082599	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	13,50	17,31	11,90	Osteoporoza	osteoporoza posterydowa - profilaktyka	30%	8,98
3317	Risperidonum	Orizon, tabl. powl., 1 mg	20 szt.	05909990831258	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	6,48	9,00	7,15	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	5,05
3318	Risperidonum	Orizon, tabl. powl., 1 mg	60 szt.	05909990831265	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	16,20	21,91	21,44	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	3,67
3319	Risperidonum	Orizon, roztwór doustny, 1 mg/ml	100 ml	05909990690138	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	31,32	39,64	35,73	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	7,11

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3320	Risperidonum	Orizon, tabl. powl., 2 mg	60 szt.	05909990831272	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	32,40	41,62	41,62	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
3321	Risperidonum	Orizon, tabl. powl., 3 mg	60 szt.	05909990831289	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	48,60	60,63	60,63	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	3,84
3322	Risperidonum	Orizon, tabl. powl., 4 mg	60 szt.	05909990831296	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	62,10	76,51	76,51	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	5,12
3323	Risperidonum	Ranperidon, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990075157	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	9,29	12,80	10,72	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	5,28
3324	Risperidonum	Ranperidon, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990075164	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	18,58	24,40	21,44	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	6,16
3325	Risperidonum	Ranperidon, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 3 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990075171	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	27,86	35,58	32,15	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	6,63
3326	Risperidonum	Ranperidon, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990075188	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	37,15	46,61	42,87	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	6,94

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3327	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powl., 1 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	05909990044481	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	6,75	9,28	7,15	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	5,33
3328	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powl., 2 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	05909990044344	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	13,50	17,95	14,29	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	6,86
3329	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powl., 3 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	05909990044252	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	20,79	26,73	21,44	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	8,49
3330	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powl., 4 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	05909990044146	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	28,51	35,84	28,58	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	10,46
3331	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 1 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	05909990336524	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	7,32	9,89	7,15	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	5,94
3332	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 1 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990336548	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	21,97	27,97	21,44	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	9,73
3333	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 2 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	05909990336487	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	15,02	19,54	14,29	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	8,45

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3334	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 2 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990336500	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	45,07	54,91	42,87	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	15,24
3335	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 3 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	05909990336555	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	21,98	27,98	21,44	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	9,74
3336	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 3 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990336579	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	65,93	78,83	64,31	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	18,36
3337	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 4 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	05909990336586	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	29,30	36,67	28,58	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	11,29
3338	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 4 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990336609	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	87,90	103,60	85,74	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	22,98
3339	Risperidonum	Rispolept, tabl. powl., 1 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	05909990670413	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	7,18	9,74	7,15	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	5,79
3340	Risperidonum	Rispolept, roztwór doustny, 1 mg/ml	100 ml	05909990423828	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	35,90	44,45	35,73	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	11,92

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3341	Risperidonum	Rispolept, tabl. powl., 2 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	05909990670512	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	14,71	19,22	14,29	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	8,13
3342	Risperidonum	Rispolept, tabl. powl., 3 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	05909990670611	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	19,39	25,26	21,44	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	7,02
3343	Risperidonum	Rispolept, tabl. powl., 4 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	05909990670710	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	21,60	28,58	28,58	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
3344	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	2019-01-01	3 lata	178.6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon i paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	288,90	323,43	319,26	Schizofrenia w przypadku nawrotu objawów psychotycznych podczas terapii neuroleptykami w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		ryczałt	7,37
3345	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	2019-01-01	3 lata	178.6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon i paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	433,35	478,89	478,89	Schizofrenia w przypadku nawrotu objawów psychotycznych podczas terapii neuroleptykami w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		ryczałt	3,20
3346	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	2019-01-01	3 lata	178.6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon i paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	577,80	634,36	634,36	Schizofrenia w przypadku nawrotu objawów psychotycznych podczas terapii neuroleptykami w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		ryczałt	3,20
3347	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powl., 1 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	05909990567683	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	7,17	9,73	7,15	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	5,78

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3348	Risperidonum	Ryspolit, roztwór doustny, 1 mg/ml	1 but.po 100 ml	05909990721405	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	36,85	45,44	35,73	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	12,91
3349	Risperidonum	Ryspolit, roztwór doustny, 1 mg/ml	1 but.po 30 ml	05909990721399	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	10,69	14,27	10,72	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	6,75
3350	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powl., 2 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	05909990567737	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	15,03	19,55	14,29	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	8,46
3351	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powl., 3 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	05909990567935	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	22,25	28,26	21,44	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	10,02
3352	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powl., 4 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	05909990568031	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	30,24	37,65	28,58	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	12,27
3353	Risperidonum	Torendo Q-Tab 1 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	05909990034932	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	5,94	8,44	7,15	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	4,49
3354	Risperidonum	Torendo Q-Tab 1 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990680849	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	13,39	18,40	17,86	Schizofrenia	zespół Tourette'a	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	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3355	Risperidonum	Torendo Q-Tab 2 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	05909990034994	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	11,99	16,36	14,29	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	5,27
3356	Risperidonum	Torendo Q-Tab 2 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990680863	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	26,78	34,87	34,87	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
3357	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl., 10 mg	10 szt.	05909990658145	2018-09-01	3 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	83,16	94,99	40,17	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	58,02
3358	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powl., 15 mg	14 szt.	05909990910601	<1>2018-09-01/<2>2020-09-01	3 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	116,42	133,99	84,35	<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%	74,95
3359	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powl., 15 mg	42 szt.	05909990910663	<1>2018-09-01/<2>2020-09-01	3 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	349,27	384,65	253,04	<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%	207,52
3360	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powl., 20 mg	14 szt.	05909990910700	<1>2018-09-01/<2>2020-09-01	3 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	116,42	135,58	112,46	<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%	56,86

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3361	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, plaster, 4.6 mg/24h	30 szt.	05909991078386	2019-07-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	62,51	69,43	14,16	Choroba Alzheimera		30%	59,52
3362	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, plaster, 9.5 mg/24h	30 szt.	05909991078454	2019-07-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	129,11	141,62	29,25	Choroba Alzheimera		30%	121,15
3363	Rivastigminum	Exelon, system transdermalny, 13.3 mg/24h	30 sasz.	05909991032609	2019-01-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	242,25	261,84	40,95	Choroba Alzheimera		30%	233,18
3364	Rivastigminum	Exelon, system transdermalny, 4.6 mg/24h	30 sasz.	05909990066704	2019-01-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	97,63	106,30	14,16	Choroba Alzheimera		30%	96,39
3365	Rivastigminum	Exelon, system transdermalny, 9.5 mg/24h	30 sasz.	05909990066766	2019-01-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	174,80	189,59	29,25	Choroba Alzheimera		30%	169,12
3366	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 1.5 mg	28 szt.	05909990700646	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	12,96	15,09	4,55	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	11,91
3367	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1.5 mg	28 szt.	05909990700660	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	12,96	15,09	4,55	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	11,91
3368	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990700684	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	21,06	24,82	9,10	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	18,45

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3369	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 3 mg	28 szt.	05909990700691	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	21,06	24,82	9,10	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	18,45
3370	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 3 mg	56 szt.	05909990700721	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	40,93	47,43	18,20	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	34,69
3371	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990700707	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	42,12	48,68	18,20	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	35,94
3372	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 4.5 mg	28 szt.	05909990700738	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	31,59	36,88	13,65	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	27,33
3373	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4.5 mg	28 szt.	05909990700745	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	31,59	36,88	13,65	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	27,33
3374	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4.5 mg	56 szt.	05909990700769	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	61,45	70,34	27,30	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	51,23
3375	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 4.5 mg	56 szt.	05909990700752	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	63,18	72,16	27,30	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	53,05

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3376	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	05909990700790	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	42,12	48,68	18,20	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	35,94
3377	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 6 mg	28 szt.	05909990700806	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	42,12	48,68	18,20	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	35,94
3378	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 6 mg	56 szt.	05909990700851	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	81,97	92,99	36,40	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	67,51
3379	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990700844	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	84,24	95,37	36,40	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	69,89
3380	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 1.5 mg	28 szt.	05909990782048	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	9,98	11,96	4,55	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	8,78
3381	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 1.5 mg	56 szt.	05909990782055	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	19,96	23,67	9,10	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	17,30
3382	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990782079	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	17,64	21,23	9,10	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	14,86

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3383	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990782086	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	36,29	42,55	18,20	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	29,81
3384	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 4.5 mg	28 szt.	05909990782147	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	28,73	33,89	13,65	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	24,34
3385	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 4.5 mg	56 szt.	05909990782154	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	60,48	69,32	27,30	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	50,21
3386	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	05909990782178	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	35,28	41,49	18,20	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	28,75
3387	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990782185	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	79,83	90,74	36,40	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	65,26
3388	Rivastigminum	Rivaldo, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990816255	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	41,69	48,22	18,20	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	35,48
3389	Rivastigminum	Rivaldo, kaps. twarde, 4.5 mg	28 szt.	05909990816262	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	31,27	36,54	13,65	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	26,99

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3390	Rivastigminum	Rivaldo, kaps. twarde, 4.5 mg	56 szt.	05909990816279	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	62,53	71,48	27,30	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	52,37
3391	Rivastigminum	Rivaldo, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	05909990816286	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	41,69	48,22	18,20	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	35,48
3392	Rivastigminum	Rivaldo, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990816293	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	83,38	94,46	36,40	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	68,98
3393	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 1.5 mg	28 szt.	05909990982981	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	7,17	9,01	4,55	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	5,83
3394	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990983162	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	14,32	17,75	9,10	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	11,38
3395	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990983179	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	28,62	34,50	18,20	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	21,76
3396	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 4.5 mg	28 szt.	05909990983308	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	21,46	26,24	13,65	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	16,69

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3397	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 4.5 mg	56 szt.	05909990983322	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	42,93	50,90	27,30	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	31,79
3398	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	05909990983506	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	28,62	34,50	18,20	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	21,76
3399	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990983544	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	57,25	67,03	36,40	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	41,55
3400	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990778935	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	17,28	20,85	9,10	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	14,48
3401	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990778942	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	32,40	38,47	18,20	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	25,73
3402	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 4.5 mg	28 szt.	05909990778966	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	23,76	28,66	13,65	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	19,11
3403	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 4.5 mg	56 szt.	05909990778973	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	46,12	54,25	27,30	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	35,14

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3404	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	05909990778997	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	30,24	36,20	18,20	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	23,46
3405	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990779000	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	59,83	69,74	36,40	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	44,26
3406	Rivastigminum	Rivastigmine Mylan, kaps. twarde, 1.5 mg	28 szt.	05909990803156	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	9,18	11,12	4,55	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	7,94
3407	Rivastigminum	Rivastigmine Mylan, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990803545	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	14,36	17,79	9,10	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	11,42
3408	Rivastigminum	Rivastigmine Mylan, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990803569	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	28,73	34,63	18,20	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	21,89
3409	Rivastigminum	Rivastigmine Mylan, kaps. twarde, 4.5 mg	28 szt.	05909990803781	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	21,60	26,39	13,65	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	16,84
3410	Rivastigminum	Rivastigmine Mylan, kaps. twarde, 4.5 mg	56 szt.	05909990803804	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	43,41	51,40	27,30	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	32,29

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3411	Rivastigminum	Rivastigmine Mylan, system transdermalny, plaster, 4.6 mg/24h	30 szt.	05909991078294	2020-09-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	59,40	66,16	14,16	Choroba Alzheimera		30%	56,25
3412	Rivastigminum	Rivastigmine Mylan, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	05909990804085	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	28,73	34,63	18,20	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	21,89
3413	Rivastigminum	Rivastigmine Mylan, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990804108	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	57,24	67,02	36,40	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	41,54
3414	Rivastigminum	Rivastigmine Mylan, system transdermalny, plaster, 9.5 mg/24h	30 szt.	05909991078348	2020-09-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	120,96	133,06	29,25	Choroba Alzheimera		30%	112,59
3415	Rivastigminum	Rywastygmina Apotex, system transdermalny, plaster, 4.6 mg/24 h	30 szt.	05909991067595	2018-09-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	64,53	71,55	14,16	Choroba Alzheimera		30%	61,64
3416	Rivastigminum	Rywastygmina Apotex, system transdermalny, plaster, 9.5 mg/24h	30 szt.	05909991067632	2019-03-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	129,12	141,63	29,25	Choroba Alzheimera		30%	121,16
3417	Ropinirolum	Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990877683	2019-05-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	21,55	28,22	24,19	Choroba i zespół Parkinsona		30%	11,29
3418	Ropinirolum	Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990878000	2019-05-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	43,42	54,21	48,39	Choroba i zespół Parkinsona		30%	20,34
3419	Ropinirolum	Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990878086	2019-05-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	91,37	108,56	96,78	Choroba i zespół Parkinsona		30%	40,81

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3420	Ropinirolum	ApoRopin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990992607	2019-03-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	31,56	38,74	24,19	Choroba i zespół Parkinsona		30%	21,81
3421	Ropinirolum	ApoRopin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990992683	2019-03-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	63,12	74,90	48,39	Choroba i zespół Parkinsona		30%	41,03
3422	Ropinirolum	ApoRopin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990992775	2019-03-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	126,23	145,16	96,78	Choroba i zespół Parkinsona		30%	77,41
3423	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powl., 0.25 mg	210 szt.	05909990731954	2019-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	29,30	36,13	22,68	Choroba i zespół Parkinsona		30%	20,25
3424	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powl., 0.5 mg	21 szt.	05909990731985	2019-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	5,83	7,66	4,54	Choroba i zespół Parkinsona		30%	4,48
3425	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powl., 1 mg	21 szt.	05909990732074	2019-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	11,34	14,73	9,07	Choroba i zespół Parkinsona		30%	8,38
3426	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powl., 2 mg	21 szt.	05909990732227	2019-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	22,68	28,40	18,15	Choroba i zespół Parkinsona		30%	15,70
3427	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powl., 5 mg	21 szt.	05909990732333	2019-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	47,52	58,19	45,36	Choroba i zespół Parkinsona		30%	26,44
3428	Ropinirolum	Aropilo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990998586	2018-07-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	27,00	33,94	24,19	Choroba i zespół Parkinsona		30%	17,01
3429	Ropinirolum	Aropilo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990998982	2018-07-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	55,08	66,45	48,39	Choroba i zespół Parkinsona		30%	32,58
3430	Ropinirolum	Aropilo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990999156	2018-07-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	105,84	123,75	96,78	Choroba i zespół Parkinsona		30%	56,00
3431	Ropinirolum	Ceurolex SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909991049294	2019-05-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	23,76	30,54	24,19	Choroba i zespół Parkinsona		30%	13,61

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3432	Ropinirolum	Ceurolex SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909991049355	2019-05-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	56,48	67,92	48,39	Choroba i zespół Parkinsona		30%	34,05
3433	Ropinirolum	Ceurolex SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909991049393	2019-05-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	113,40	131,69	96,78	Choroba i zespół Parkinsona		30%	63,94
3434	Ropinirolum	Nironovo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990990085	2018-03-01	5 lat	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	31,65	38,82	24,19	Choroba i zespół Parkinsona		30%	21,89
3435	Ropinirolum	Nironovo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990990092	2018-03-01	5 lat	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	63,31	75,10	48,39	Choroba i zespół Parkinsona		30%	41,23
3436	Ropinirolum	Nironovo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990990108	2018-03-01	5 lat	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	126,61	145,56	96,78	Choroba i zespół Parkinsona		30%	77,81
3437	Ropinirolum	Polpix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990988198	2018-09-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	31,65	38,82	24,19	Choroba i zespół Parkinsona		30%	21,89
3438	Ropinirolum	Polpix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990988204	2018-09-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	63,30	75,09	48,39	Choroba i zespół Parkinsona		30%	41,22
3439	Ropinirolum	Polpix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990988242	2018-09-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	126,61	145,56	96,78	Choroba i zespół Parkinsona		30%	77,81
3440	Ropinirolum	Repirol SR, tabl. doustne o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990983582	2019-11-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	31,10	38,25	24,19	Choroba i zespół Parkinsona		30%	21,32
3441	Ropinirolum	Repirol SR, tabl. doustne o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990983803	2019-11-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	62,21	73,94	48,39	Choroba i zespół Parkinsona		30%	40,07
3442	Ropinirolum	Repirol SR, tabl. doustne o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990983971	2019-11-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	125,93	144,86	96,78	Choroba i zespół Parkinsona		30%	77,11
3443	Ropinirolum	Requip, tabl. powl., 0.5 mg	21 szt. (1 blist.po 21 szt.)	05909990013685	2019-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	5,89	7,72	4,54	Choroba i zespół Parkinsona		30%	4,54

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3444	Ropinirolum	Requip, tabl. powl., 1 mg	21 szt. (1 blist.po 21 szt.)	05909990013890	2019-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	11,79	15,20	9,07	Choroba i zespół Parkinsona		30%	8,85
3445	Ropinirolum	Requip, tabl. powl., 2 mg	21 szt. (1 blist.po 21 szt.)	05909990013586	2019-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	23,59	29,37	18,15	Choroba i zespół Parkinsona		30%	16,67
3446	Ropinirolum	Requip, tabl. powl., 5 mg	21 szt. (1 blist.po 21 szt.)	05909990013968	2019-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	58,86	70,09	45,36	Choroba i zespół Parkinsona		30%	38,34
3447	Ropinirolum	Requip-Modutab, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990644728	2019-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	31,02	38,16	24,19	Choroba i zespół Parkinsona		30%	21,23
3448	Ropinirolum	Requip-Modutab, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990644612	2019-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	63,12	74,90	48,39	Choroba i zespół Parkinsona		30%	41,03
3449	Ropinirolum	Requip-Modutab, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990644636	2019-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	125,16	144,05	96,78	Choroba i zespół Parkinsona		30%	76,30
3450	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990855766	2019-03-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	31,32	38,48	24,19	Choroba i zespół Parkinsona		30%	21,55
3451	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	84 szt.	05909991033781	2021-03-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	78,84	93,46	72,58	Choroba i zespół Parkinsona		30%	42,65
3452	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909991391485	2020-09-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	42,12	52,85	48,39	Choroba i zespół Parkinsona		30%	18,98
3453	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990855773	2019-03-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	62,64	74,39	48,39	Choroba i zespół Parkinsona		30%	40,52
3454	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	84 szt.	05909991033798	2021-03-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	157,68	180,23	145,16	Choroba i zespół Parkinsona		30%	78,62
3455	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909991391683	2020-09-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	84,24	101,07	96,78	Choroba i zespół Parkinsona		30%	33,32

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3456	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990855780	2019-03-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	125,28	144,16	96,78	Choroba i zespół Parkinsona		30%	76,41
3457	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	84 szt.	05909991033804	2021-03-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	315,36	349,80	290,33	Choroba i zespół Parkinsona		30%	146,57
3458	Ropinirolum	Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 tabl.	05909990963874	2018-07-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	31,27	38,42	24,19	Choroba i zespół Parkinsona		30%	21,49
3459	Ropinirolum	Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 tabl.	05909990964239	2018-07-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	62,53	74,28	48,39	Choroba i zespół Parkinsona		30%	40,41
3460	Ropinirolum	Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 tabl.	05909990964321	2018-07-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	125,06	143,93	96,78	Choroba i zespół Parkinsona		30%	76,18
3461	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991021184	2020-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,68	8,26	7,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,87
3462	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991021337	2020-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,50	15,99	15,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,21
3463	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991021375	2020-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	22,64	29,87	29,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,96
3464	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991000141	2021-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,67	9,30	7,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,91
3465	Rosuvastatinum	Ridlip, tabletki powlekane, 10 mg	90 tabl.	05909991375799	2019-05-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	17,50	23,74	23,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,12
3466	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991000158	2021-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	13,35	17,92	15,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,14
3467	Rosuvastatinum	Ridlip, tabletki powlekane, 20 mg	90 tabl.	05909991375812	2019-05-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	34,99	45,03	45,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	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	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3468	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991000165	2021-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	23,11	30,37	30,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,11
3469	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991000103	2021-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	3,34	4,71	3,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,02
3470	Rosuvastatinum	Ridlip, tabletki powlekane, 5 mg	90 tabl.	05909991375775	2019-05-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	8,75	12,58	12,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,91
3471	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990919604	2021-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,12	8,86	8,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,09
3472	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990919659	2018-05-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	12,42	17,11	16,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,56
3473	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990919673	2021-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	24,52	32,11	32,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,63
3474	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990919574	2021-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	3,07	4,50	4,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	1,61
3475	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991085674	2020-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,79	8,38	7,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,99
3476	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909991085698	2019-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,58	16,06	15,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,28
3477	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991085759	2020-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,57	16,05	15,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,27
3478	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 20 mg	56 szt.	05909991085773	2019-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	23,16	30,42	30,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,13
3479	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991085841	2020-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	23,13	30,39	30,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,12

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3480	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 40 mg	56 szt.	05909991085865	2019-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	46,31	57,93	57,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,38
3481	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991085599	2019-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,88	4,22	3,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	1,53
3482	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991085636	2019-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,79	8,38	7,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,99
3483	Rosuvastatinum	Roswera, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990895250	2019-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,73	9,37	7,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,98
3484	Rosuvastatinum	Roswera, tabletki powlekane, 10 mg	90 tabl.	05909990895304	2017-09-01	5 lat	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	18,57	24,86	24,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,54
3485	Rosuvastatinum	Roswera, tabl., 15 mg	28 szt.	05909990895380	2019-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,10	13,81	11,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,73
3486	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 15 mg	56 szt.	05909990895403	2021-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	17,33	23,30	23,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,13
3487	Rosuvastatinum	Roswera, tabletki powlekane, 15 mg	90 tabl.	05909990895458	2017-09-01	5 lat	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	27,85	36,08	36,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,82
3488	Rosuvastatinum	Roswera, tabl., 20 mg	28 szt.	05909990895533	2019-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	13,47	18,04	15,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,26
3489	Rosuvastatinum	Roswera, tabletki powlekane, 20 mg	90 tabl.	05909990895588	2017-09-01	5 lat	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	37,13	47,28	47,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,18
3490	Rosuvastatinum	Roswera, tabl., 30 mg	28 szt.	05909990895663	2019-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	20,20	26,31	23,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,14
3491	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 30 mg	56 szt.	05909990895687	2021-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	34,67	44,30	44,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,29

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3492	Rosuvastatinum	Roswera, tabletki powlekane, 30 mg	90 tabl.	05909990895724	2017-09-01	5 lat	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	55,70	68,78	68,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	20,63
3493	Rosuvastatinum	Roswera, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990895786	2019-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	26,95	34,40	30,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,84
3494	Rosuvastatinum	Roswera, tabletki powlekane, 40 mg	90 tabl.	05909990895892	2017-09-01	5 lat	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	74,26	90,19	90,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	27,06
3495	Rosuvastatinum	Roswera, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990895106	2019-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	3,37	4,74	3,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,05
3496	Rosuvastatinum	Roswera, tabletki powlekane, 5 mg	90 tabl.	05909990895182	2017-09-01	5 lat	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,29	13,14	12,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,47
3497	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990791743	2019-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,77	8,36	7,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,97
3498	Rosuvastatinum	Suvardio, tabletki powlekane, 10 mg	84 tabl.	05909990791781	2019-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	16,61	22,54	22,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,76
3499	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990791873	2019-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,53	16,01	15,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,23
3500	Rosuvastatinum	Suvardio, tabletki powlekane, 20 mg	84 tabl.	05909990791927	2019-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	33,23	42,79	42,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,84
3501	Rosuvastatinum	Suvardio, tabletki powlekane, 40 mg	28 szt.	05909990792009	2017-09-01	5 lat	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	22,84	30,08	30,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,02
3502	Rosuvastatinum	Suvardio, tabletki powlekane, 40 mg	84 tabl.	05909990792061	2019-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	66,47	81,49	81,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,45
3503	Rosuvastatinum	Suvardio, tabletki powlekane, 5 mg	28 szt.	05909990791606	2018-05-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,85	4,19	3,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	1,50

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3504	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990802623	2019-11-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,70	8,29	7,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,90
3505	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909990802647	2019-11-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,45	15,92	15,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,14
3506	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 15 mg	28 szt.	05909991333959	2017-11-01	5 lat	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	8,59	12,22	11,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,14
3507	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 15 mg	56 szt.	05909991333973	2017-11-01	5 lat	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	17,16	23,13	23,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,96
3508	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990802685	2018-09-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	12,87	17,41	15,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,63
3509	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 20 mg	56 szt.	05909990802708	2019-11-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	22,68	29,91	29,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,97
3510	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 30 mg	28 szt.	05909991334062	2017-11-01	5 lat	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	17,16	23,13	23,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,96
3511	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 30 mg	56 szt.	05909991334086	2017-11-01	5 lat	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	34,33	43,95	43,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,19
3512	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990802753	2020-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	22,68	29,91	29,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,97
3513	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 40 mg	56 szt.	05909990802777	2019-11-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	45,36	56,93	56,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,08
3514	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990802562	2019-11-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,84	4,18	3,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	1,49
3515	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909990802586	2019-11-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,70	8,29	7,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,90

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3516	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powl., 10 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990777785	2019-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,26	8,87	7,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,48
3517	Rosuvastatinum	Zaranta, tabletki powlekane, 15 mg	56 tabl.	05997001369333	2018-09-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	17,14	23,10	23,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,93
3518	Rosuvastatinum	Zaranta, tabletki powlekane, 15 mg	90 tabl.	05909991347079	2018-05-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	27,54	35,76	35,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,73
3519	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powl., 20 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990777839	2019-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	12,53	17,07	15,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,29
3520	Rosuvastatinum	Zaranta, tabletki powlekane, 30 mg	56 tabl.	05997001369340	2018-09-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	34,27	43,87	43,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,16
3521	Rosuvastatinum	Zaranta, tabletki powlekane, 30 mg	90 tabl.	05909991347109	2018-05-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	55,08	68,12	68,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	20,44
3522	Rosuvastatinum	Zaranta, tabletki powlekane, 40 mg	28 szt.	05909990777853	2019-05-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	22,68	29,91	29,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,97
3523	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powl., 10 + 10 mg	30 szt.	03838989707057	2019-11-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	19,36	23,87	13,75	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	14,25
3524	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powl., 20 + 10 mg	30 szt.	03838989707064	2019-11-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	19,36	23,87	13,75	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	14,25
3525	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabletki, 10 + 10 mg	28 szt.	05906414003352	2019-09-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	19,88	24,23	12,83	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	15,25
3526	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabletki, 10 + 10 mg	56 szt.	05906414003369	2019-09-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	39,77	47,07	25,67	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	29,10
3527	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabletki, 20 + 10 mg	28 szt.	05906414003383	2019-09-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	19,88	24,23	12,83	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	15,25
3528	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabletki, 20 + 10 mg	56 szt.	05906414003390	2019-09-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	39,77	47,07	25,67	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	29,10
3529	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabletki, 5 + 10 mg	28 szt.	05906414003321	2019-09-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	19,88	24,23	12,83	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	15,25

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3530	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabletki, 5 + 10 mg	56 szt.	05906414003338	2019-09-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	39,77	47,07	25,67	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	29,10
3531	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, tabl., 10 + 10 mg	30 szt.	05907626708493	2020-03-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	19,36	23,87	13,75	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	14,25
3532	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, tabl., 10 + 10 mg	60 szt.	05907626709315	2020-03-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	38,73	46,23	27,50	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	26,98
3533	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, tabl., 20 + 10 mg	30 szt.	05907626708509	2020-03-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	19,36	23,87	13,75	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	14,25
3534	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, tabl., 20 + 10 mg	60 szt.	05907626709322	2020-03-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	38,73	46,23	27,50	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	26,98
3535	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, tabl., 5 + 10 mg	30 szt.	05907626708486	2020-03-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	19,36	23,87	13,75	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	14,25
3536	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, tabl., 5 + 10 mg	60 szt.	05907626709308	2020-03-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	38,73	46,23	27,50	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	26,98
3537	Roxithromycinum	Rolicyn, tabl. powl., 100 mg	10 szt.	05909990847914	2019-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,02	18,72	6,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,70
3538	Roxithromycinum	Rolicyn, tabl. powl., 150 mg	10 szt.	05909990848010	2019-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,28	20,77	9,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,24
3539	Roxithromycinum	Rulid, tabl. powl., 150 mg	10 szt. (1 blist.po 10 szt.)	05909990085910	2019-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,44	23,04	9,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	18,51
3540	Roxithromycinum	Rulid, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej, 50 mg	10 szt. (1 blist.po 10 szt.)	05909990785919	2019-01-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	11,88	15,27	9,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,69
3541	Salbutamolum	Aspulmo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 100 µg/dawkę	1 poj.a 200 dawek (10 ml)	05909990848065	2021-03-01	3 lata	197.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o krótkim działaniu	8,75	12,45	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
3542	Salbutamolum	Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochronny)	05909991106928	2019-01-01	3 lata	197.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o krótkim działaniu	22,24	26,61	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	17,36

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3543	Salbutamolum	Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochronny)	05909991107826	2019-01-01	3 lata	197.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o krótkim działaniu	37,30	44,35	24,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	24,78
3544	Salbutamolum	Sabumalin, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 100 µg/dawkę	1 poj.po 8,5 g (200 daw.)	05909990764150	2019-05-01	3 lata	197.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o krótkim działaniu	8,69	12,38	12,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
3545	Salbutamolum	Salbutamol Hasco, syrop, 2 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990317516	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	197.2, Doustne leki beta-2-mimetyczne o krótkim działaniu, przeznaczone do stosowania w leczeniu chorób układu oddechowego	4,86	7,13	7,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	bradykardia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
3546	Salbutamolum	Ventolin, płyn do inhalacji z nebulizatora, 1 mg/ml	20 amp.po 2,5 ml	05909990454013	2019-01-01	3 lata	197.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o krótkim działaniu	14,04	15,47	2,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	15,47
3547	Salbutamolum	Ventolin, aerozol wziewny, zawiesina, 100 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909990442010	2019-01-01	3 lata	197.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o krótkim działaniu	8,75	12,45	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
3548	Salbutamolum	Ventolin, płyn do inhalacji z nebulizatora, 2 mg/ml	20 amp.po 2,5 ml	05909990454112	2019-01-01	3 lata	197.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o krótkim działaniu	17,25	19,58	4,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	17,80
3549	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kapsułkach twardych, 50 µg	120 szt. (12 blist.po 10 szt. + inhalator)	05909991206390	2018-07-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	96,66	115,04	114,47	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,97
3550	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt. (6 blist.po 10 szt.) + inh.	05909991109424	2019-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	49,03	61,03	57,24	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,99
3551	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50 µg/dawkę inhalacyjną	90 szt. (9 blist.po 10 szt.) + inhalator	05909991109431	2019-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	73,55	89,30	85,85	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	8,25
3552	Salmeterolum	Pulveril, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 25 µg/dawkę	120 dawek	05909990867653	2018-01-01	5 lat	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	51,51	63,64	57,24	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	9,60
3553	Salmeterolum	Serevent, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 25 µg/dawkę inhalacyjną	1 szt. (1 szt.po 120 daw.)	05909990623099	2019-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	59,94	72,49	57,24	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	18,45
3554	Salmeterolum	Serevent Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990437825	2019-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	64,15	76,91	57,24	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	22,87
3555	Selegilini hydrochloridum	Segan, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990746026	2019-01-01	3 lata	171.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - selegilina	15,98	21,64	21,64	Choroba i zespół Parkinsona		ryczałt	6,40

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3556	Selegilinum	Selgres, tabl. powl., 5 mg	50 szt.	05909990404315	2019-01-01	3 lata	171.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - selegilina	13,50	18,48	18,03	Choroba i zespół Parkinsona		ryczałt	5,78
3557	Semaglutidum	Ozempic, roztw. do wstrz., 0.25 mg	1 wstrz.po 1,5 ml + 4 igły	05909991389901	2020-01-01	2 lata	252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1	322,92	360,05	360,05	Cukrzyca typu 2, u pacjentów przed włączeniem insuliny, leczonych co najmniej dwoma doustnymi lekami hipoglikemizującymi od co najmniej 6 miesięcy, z HbA1c ≥ 8 %, z otyłością definiowaną jako BMI ≥35 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%	108,02
3558	Semaglutidum	Ozempic, roztw. do wstrz., 0.5 mg	1 wstrz.po 1,5 ml + 4 igły	05909991389918	2020-01-01	2 lata	252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1	322,92	360,05	360,05	Cukrzyca typu 2, u pacjentów przed włączeniem insuliny, leczonych co najmniej dwoma doustnymi lekami hipoglikemizującymi od co najmniej 6 miesięcy, z HbA1c ≥ 8 %, z otyłością definiowaną jako BMI ≥35 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%	108,02

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3559	Semaglutidum	Ozempic, roztw. do wstrz., 1 mg	1 wstrz.po 3 ml + 4 igły	05909991389956	2020-01-01	2 lata	252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1	322,92	360,05	360,05	Cukrzyca typu 2, u pacjentów przed włączeniem insuliny, leczonych co najmniej dwoma doustnymi lekami hipoglikemizującymi od co najmniej 6 miesięcy, z HbA1c ≥ 8 %, z otyłością definiowaną jako BMI ≥35 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%	108,02
3560	Sertindolum	Serdolect, tabl. powl., 12 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991089313	2019-01-01	3 lata	178.8, Leki przeciwpsychotyczne - sertindol	237,60	267,89	267,89	Schizofrenia		ryczałt	3,20
3561	Sertindolum	Serdolect, tabl. powl., 16 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991089412	2019-01-01	3 lata	178.8, Leki przeciwpsychotyczne - sertindol	316,98	353,21	353,21	Schizofrenia		ryczałt	3,20
3562	Sertindolum	Serdolect, tabl. powl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991089214	2019-01-01	3 lata	178.8, Leki przeciwpsychotyczne - sertindol	80,44	97,18	97,18	Schizofrenia		ryczałt	3,20
3563	Sertralinum	ApoSerta, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909991106904	2019-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	19,31	25,64	25,64	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,69
3564	Sertralinum	ApoSerta, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909991106898	2019-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	9,66	13,53	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	4,41
3565	Sertralinum	Asentra, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990963317	2019-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	21,60	27,78	24,32	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	10,76
3566	Sertralinum	Asentra, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990963218	2019-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	10,80	14,54	12,16	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,03
3567	Sertralinum	Asertin 100, tabl. powl., 100 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990422685	2019-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	21,59	28,03	26,06	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		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	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3568	Sertralinum	Asertin 50, tabl. powl., 50 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990422692	2019-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	9,61	13,48	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	4,36
3569	Sertralinum	Miravil, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990804368	2019-05-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	17,93	24,20	24,20	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,26
3570	Sertralinum	Miravil, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990804344	2019-05-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	9,05	12,89	12,89	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,87
3571	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991279615	2017-11-01	5 lat	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	13,69	19,47	19,47	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	5,84
3572	Sertralinum	Sastium, tabletki powlekane, 100 mg	30 tabl.	05909991279622	2018-09-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	14,67	20,76	20,76	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,23
3573	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 100 mg	84 szt.	05909991279660	2017-11-01	5 lat	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	41,08	53,04	53,04	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	15,91
3574	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909991279516	2017-11-01	5 lat	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	6,85	10,39	10,39	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,12
3575	Sertralinum	Sastium, tabletki powlekane, 50 mg	30 tabl.	05909991279523	2018-09-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	7,33	11,09	11,09	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,33
3576	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 50 mg	84 szt.	05909991279561	2017-11-01	5 lat	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	20,54	28,12	28,12	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,44
3577	Sertralinum	Sertagen, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990046621	2019-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	15,44	21,31	21,31	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,39
3578	Sertralinum	Sertagen, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990046690	2019-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	7,72	11,31	11,31	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,39
3579	Sertralinum	Sertralina KRKA, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990919987	2021-03-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	15,94	22,10	22,10	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,63

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3580	Sertralinum	Sertralina KRKA, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990919888	2021-03-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	7,97	11,76	11,76	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,53
3581	Sertralinum	Sertraline Aurobindo, tabl. powl., 50 mg	30 tabl.	05909990636136	2019-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	7,24	10,99	10,99	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,30
3582	Sertralinum	Sertraline Aurovitas, tabl. powl., 100 mg	30 tabl.	05909991355739	2019-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	14,43	20,51	20,51	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,15
3583	Sertralinum	Sertraline Aurovitas, tabl. powl., 50 mg	30 tabl.	05909991355654	2019-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	7,21	10,96	10,96	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,29
3584	Sertralinum	Sertranorm, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990663163	2019-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	18,36	24,64	24,64	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,39
3585	Sertralinum	Sertranorm, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990663040	2019-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	9,18	13,03	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,91
3586	Sertralinum	Setaloft 100 mg, tabl. powl., 100 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990571963	2019-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	21,28	27,71	26,06	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	9,47
3587	Sertralinum	Setaloft 50 mg, tabl. powl., 50 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990571925	2019-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	9,72	13,60	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	4,48
3588	Sertralinum	Stimuloton, tabl. powl., 50 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990994816	2019-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	12,96	17,00	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,88
3589	Sertralinum	Zoloft, tabl. powl., 100 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990753215	2019-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	25,16	31,52	24,32	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	14,50
3590	Sertralinum	Zoloft, tabl. powl., 50 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990753116	2019-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	13,82	17,72	12,16	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	9,21
3591	Sertralinum	Zotral, tabl. powl., 100 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990569472	2019-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	28,07	34,57	24,32	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	17,55

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3592	Sertralinum	Zotral, tabl. powl., 50 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990013982	2019-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	15,11	19,07	12,16	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	10,56
3593	Silodosinum	Silodosin Recordati, kaps. twarde, 4 mg	30 szt.	05391519923528	2021-03-01	2 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	13,82	17,86	11,14	Leczenie objawów przedmiotowych i podmiotowych łagodnego rozrostu gruczołu krokowego u dorosłych mężczyzn		30%	10,06
3594	Silodosinum	Silodosin Recordati, kaps. twarde, 8 mg	30 szt.	05391519923535	2021-03-01	2 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,97	24,15	22,29	Leczenie objawów przedmiotowych i podmiotowych łagodnego rozrostu gruczołu krokowego u dorosłych mężczyzn		30%	8,55
3595	Silodosinum	Silodosin Recordati, kaps. twarde, 8 mg	90 szt.	05391519923542	2021-03-01	2 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	53,91	66,78	66,78	Leczenie objawów przedmiotowych i podmiotowych łagodnego rozrostu gruczołu krokowego u dorosłych mężczyzn		30%	20,03
3596	Simvastatinum	Apo-Simva 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990618279	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,16	7,33	2,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,41
3597	Simvastatinum	Apo-Simva 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990618286	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,23	13,51	5,50	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%	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	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3598	Simvastatinum	Apo-Simva 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990618293	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	18,68	22,68	11,00	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%	14,98
3599	Simvastatinum	Simcovas, tabl. powl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990649532	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,05	7,95	5,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: 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
3600	Simvastatinum	Simcovas, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991048488	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,38	4,21	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%	1,26
3601	Simvastatinum	Simcovas, tabl. powl., 40 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990649655	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	12,10	15,61	10,27	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%	8,42
3602	Simvastatinum	Simcovas, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909991048495	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,75	8,06	8,06	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%	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	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3603	Simvastatinum	Simorion, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990793853	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	3,62	4,60	2,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	2,80
3604	Simvastatinum	Simorion, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990794140	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,91	7,81	5,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,22
3605	Simvastatinum	Simorion, tabl. powl., 20 mg	98 szt.	05909990794157	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	17,82	23,01	17,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	10,43
3606	Simvastatinum	Simorion, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990794089	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,42	13,84	10,27	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%	6,65
3607	Simvastatinum	Simratio 10, tabl. powl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991019723	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,67	6,75	2,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,95

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3608	Simvastatinum	Simratio 20, tabl. powl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991019822	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,80	12,94	5,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,35
3609	Simvastatinum	Simratio 40, tabl. powl., 40 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991019945	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,60	25,58	10,27	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%	18,39
3610	Simvastatinum	Simvacard 10, tabl. powl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990940110	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,29	6,35	2,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,55
3611	Simvastatinum	Simvacard 20, tabl. powl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990940219	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,94	12,04	5,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	8,45
3612	Simvastatinum	Simvacard 40, tabl. powl., 40 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990940318	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	19,87	23,75	10,27	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%	16,56

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3613	Simvastatinum	Simvachol, tabl. powl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990941025	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	3,56	4,54	2,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	2,74
3614	Simvastatinum	Simvachol, tabl. powl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990941124	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,13	9,10	5,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,51
3615	Simvastatinum	Simvachol, tabl. powl., 40 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990941223	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	14,26	17,87	10,27	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%	10,68
3616	Simvastatinum	Simvacor, tabl. powl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990336623	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,29	6,41	2,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,49
3617	Simvastatinum	Simvacor, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990336630	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,69	12,94	5,50	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%	9,09

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3618	Simvastatinum	Simvagamma 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991146115	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	8,10	10,23	5,50	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%	6,38
3619	Simvastatinum	Simvagen 20, tabl. powl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990743650	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,08	6,94	5,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	3,35
3620	Simvastatinum	Simvagen 40, tabl. powl., 40 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990743667	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,15	13,56	10,27	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%	6,37
3621	Simvastatinum	SimvaHEXAL 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990623273	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,62	6,76	2,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,84
3622	Simvastatinum	SimvaHEXAL 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990623297	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,23	13,51	5,50	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%	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	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3623	Simvastatinum	SimvaHEXAL 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990623334	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	19,98	24,05	11,00	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%	16,35
3624	Simvastatinum	Simvastatin Aurovitas, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990731565	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	1,94	3,64	3,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	1,09
3625	Simvastatinum	Simvastatin Aurovitas, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990731671	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	3,89	6,98	6,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	2,09
3626	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990723591	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,65	3,58	2,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	1,78
3627	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990723812	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	3,99	5,79	5,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	2,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3628	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990723829	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,27	6,20	5,50	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%	2,35
3629	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990724031	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,96	11,26	10,27	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%	4,07
3630	Simvastatinum	Simvastatin Genoptim, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05907553016012	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,75	6,59	5,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	3,00
3631	Simvastatinum	Simvastatin Genoptim, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05907553016029	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	8,64	11,97	10,27	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%	4,78
3632	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990927616	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,94	7,04	2,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,24

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3633	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990927715	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,79	13,98	5,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	10,39
3634	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powl., 40 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990927838	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	22,03	26,03	10,27	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%	18,84
3635	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990914012	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,18	6,24	2,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,44
3636	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990914111	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,23	13,39	5,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,80
3637	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990982714	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	17,82	21,61	10,27	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%	14,42

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3638	Simvastatinum	Vastan, tabl. powl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991073114	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,86	5,90	2,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,10
3639	Simvastatinum	Vastan, tabl. powl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991073213	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,26	12,37	5,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	8,78
3640	Simvastatinum	Ximve, tabl. powl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990935116	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,72	6,86	2,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,94
3641	Simvastatinum	Ximve, tabl. powl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990055722	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,58	12,71	5,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,12
3642	Simvastatinum	Ximve, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990935215	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,34	13,63	5,50	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%	9,78

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3643	Simvastatinum	Ximve, tabl. powl., 40 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990935314	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	19,01	23,03	11,00	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%	15,33
3644	Simvastatinum	Zocor 10, tabl. powl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990365913	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,40	6,47	2,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,67
3645	Simvastatinum	Zocor 20, tabl. powl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990366026	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,79	12,93	5,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,34
3646	Simvastatinum	Zocor 40, tabl. powl., 40 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990769124	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,58	25,56	10,27	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%	18,37
3647	Sirolimusum	Rapamune, tabl. draż., 1 mg	30 szt.	05909990985210	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1><5>2019-07-01/<2>2018-07-01/<3>2020-01-01/<4><6>2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1><2><3><4>3 lata/<5><6>2 lata - dla kolumny 13	135.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - sirolimus	461,47	509,15	509,15	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3648	Sirolimusum	Rapamune, roztwór doustny, 1 mg/ml	60 ml (but.+30 strzyk.)	05909990893645	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1><5>2019-07-01/<2>2018-07-01/<3>2020-01-01/<4><6>2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1><2><3><4>3 lata/<5><6>2 lata - dla kolumny 13	135.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - sirolimus	937,18	1020,77	1018,30	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	5,67
3649	Solifenacini succinas	Adablok, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05906414003758	2019-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	32,40	40,75	34,94	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	16,29
3650	Solifenacini succinas	Adablok, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05906414003741	2019-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	16,20	21,33	17,47	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	9,10
3651	Solifenacini succinas	Beloflow, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991405960	2020-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	19,98	27,71	27,71	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	8,31
3652	Solifenacini succinas	Beloflow, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909991405991	2020-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	59,94	75,67	75,67	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	22,70
3653	Solifenacini succinas	Beloflow, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991405922	2020-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	9,99	14,81	14,81	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	4,44
3654	Solifenacini succinas	Beloflow, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991405953	2020-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	29,97	40,20	40,20	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	12,06
3655	Solifenacini succinas	Silamil, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991339135	2020-01-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	26,87	34,94	34,94	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	10,48
3656	Solifenacini succinas	Silamil, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991422394	2021-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	10,69	15,54	15,54	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	4,66
3657	Solifenacini succinas	Solifenacin Stada, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991340896	2019-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	30,24	38,48	34,94	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	14,02
3658	Solifenacini succinas	Solifenacin Stada, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991340872	2019-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	15,12	20,20	17,47	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	7,97

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3659	Solifenacini succinas	Solifurin, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991351304	2019-11-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	27,00	35,08	34,94	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	10,62
3660	Solifenacini succinas	Solifurin, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991351298	2019-11-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	13,50	18,50	17,47	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	6,27
3661	Solifenacini succinas	Solinco, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05901720140388	2020-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	26,46	34,51	34,51	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	10,35
3662	Solifenacini succinas	Solinco, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05901720140340	2020-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	13,23	18,21	17,47	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	5,98
3663	Solifenacini succinas	Soreca, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991371777	2020-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	25,92	33,95	33,95	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	10,19
3664	Solifenacini succinas	Soreca, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991371753	2020-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	12,96	17,93	17,47	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	5,70
3665	Solifenacini succinas	Uronorm, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991312640	2019-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	32,40	40,75	34,94	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	16,29
3666	Solifenacini succinas	Uronorm, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991312633	2019-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	16,20	21,33	17,47	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	9,10
3667	Solifenacini succinas	Vesisol, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991140069	2019-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	29,03	37,21	34,94	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	12,75
3668	Solifenacini succinas	Vesisol, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991139995	2019-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	14,52	19,57	17,47	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	7,34
3669	Solifenacini succinas	Vesoligo, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05906720536148	2019-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	32,40	40,75	34,94	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	16,29
3670	Solifenacini succinas	Vesoligo, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05906720536117	2019-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	16,20	21,33	17,47	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	9,10

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3671	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991382308	2019-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	30,24	38,48	34,94	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	14,02
3672	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991382278	2019-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	15,12	20,20	17,47	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	7,97
3673	Sotaloli hydrochloridum	Sotalol Aurovitas, tabl., 40 mg	60 szt.	05909991357160	2019-09-01	3 lata	39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego	7,24	9,51	6,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,82
3674	Sotalolum	Biosotal 40, tabl., 40 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990365715	2019-01-01	3 lata	39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego	7,56	9,85	6,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,16
3675	Sotalolum	Biosotal 80, tabl., 80 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990365616	2019-01-01	3 lata	39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego	7,24	9,51	6,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,82
3676	Sotalolum	SotaHEXAL 160, tabl., 160 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	05909990309115	2019-01-01	3 lata	39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego	10,80	13,75	8,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,50
3677	Sotalolum	SotaHEXAL 40, tabl., 40 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	05909991014711	2019-01-01	3 lata	39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego	2,43	3,19	2,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	1,63
3678	Sotalolum	SotaHEXAL 80, tabl., 80 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	05909990309016	2019-01-01	3 lata	39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego	6,05	7,62	4,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,50
3679	Spiramycinum	Rovamycine, tabl. powl., 1.5 mln j.m.	16 szt. (2 blist.po 8 szt.)	05909990098613	2019-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,09	19,61	14,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,36
3680	Spiramycinum	Rovamycine, tabl. powl., 3 mln j.m.	10 szt. (2 blist.po 5 szt.)	05909990692118	2019-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,47	23,73	18,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,67
3681	Spironolactonum	Finospir, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990965977	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	16,31	21,77	21,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	6,98

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3682	Spironolactonum	Finospir, tabl., 25 mg	100 szt.	05909990965861	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	15,12	20,00	17,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	7,67
3683	Spironolactonum	Finospir, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990965854	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	7,02	8,94	5,28	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%	5,24
3684	Spironolactonum	Finospir, tabl., 50 mg	100 szt.	05909990965885	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	27,43	35,23	35,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	10,58
3685	Spironolactonum	Finospir, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990965878	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	9,18	12,50	10,57	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%	5,10
3686	Spironolactonum	Spironol, tabl., 25 mg	100 szt.	05909990110223	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	18,63	23,68	17,61	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%	11,35
3687	Spironolactonum	Spironol, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990110216	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	5,24	6,55	3,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	4,09
3688	Spironolactonum	Spironol, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909991244651	2019-07-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	8,10	11,37	10,57	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%	3,97

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3689	Spironolactonum	Spironol, tabl. powl., 50 mg	60 szt.	05909991244668	2019-07-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	16,20	21,65	21,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	6,86
3690	Spironolactonum	Spironol 100, tabl. powl., 100 mg	20 szt.	05909990673124	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	9,99	14,09	14,09	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%	4,23
3691	Spironolactonum	Verospiron, kaps. twarde, 100 mg	30 szt.	05909990488513	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	15,66	21,08	21,08	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%	6,32
3692	Spironolactonum	Verospiron, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990117215	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	5,24	6,55	3,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	4,09
3693	Spironolactonum	Verospiron, kaps. twarde, 50 mg	30 szt.	05909990488414	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	8,95	12,26	10,57	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%	4,86
3694	Stiripentolum	Diacomit, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg	60 sasz.	05909990017294	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	244.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - styrypentol	675,00	738,97	731,86	Terapia wspomagająca (w skojarzeniu z klobazamem i walproinianem) u pacjentów cierpiących na ciężką miokloniczną padaczkę niemowląt (zespół Dravet) z uogólnionymi napadami toniczno-klonicznymi opornymi na leczenie klobazamem i walproinianem	złośliwa ogniskowa migrująca padaczka niemowląt	ryczałt	10,31
3695	Stiripentolum	Diacomit, kaps. twarde, 250 mg	60 szt.	05909990017232	2021-01-01	3 lata	244.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - styrypentol	675,00	738,97	731,86	Terapia wspomagająca (w skojarzeniu z klobazamem i walproinianem) u pacjentów cierpiących na ciężką miokloniczną padaczkę niemowląt (zespół Dravet) z uogólnionymi napadami toniczno-klonicznymi opornymi na leczenie klobazamem i walproinianem		ryczałt	10,31

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3696	Stiripentolum	Diacomit, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg	60 sasz.	05909990017331	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	244.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - styrypentol	1350,00	1463,72	1463,72	Terapia wspomagająca (w skojarzeniu z klobazamem i walproinianem) u pacjentów cierpiących na ciężką miokloniczną padaczkę niemowląt (zespół Dravet) z uogólnionymi napadami toniczno-klonicznymi opornymi na leczenie klobazamem i walproinianem	złośliwa ogniskowa migrująca padaczka niemowląt	ryczałt	3,20
3697	Stiripentolum	Diacomit, kaps. twarde, 500 mg	60 szt.	05909990017263	2021-01-01	3 lata	244.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - styrypentol	1350,00	1463,72	1463,72	Terapia wspomagająca (w skojarzeniu z klobazamem i walproinianem) u pacjentów cierpiących na ciężką miokloniczną padaczkę niemowląt (zespół Dravet) z uogólnionymi napadami toniczno-klonicznymi opornymi na leczenie klobazamem i walproinianem		ryczałt	3,20
3698	Sucralfatum	Ulgastran, zawiesina doustna, 1 g/5 ml	250 ml (1 but.po 250 ml)	05909990164615	2019-01-01	3 lata	3.2, Leki działające ochronnie na śluzówkę żołądka - sukralfat - płynne postacie farmaceutyczne	16,96	22,87	22,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,44
3699	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim, syrop, 200+40 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990312610	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	100.2, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacie płynne	8,81	12,51	12,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; zakażenie Pneumocystis jirovecii u pacjentów z niedoborami odporności – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	6,26
3700	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol, zawiesina doustna, 200+40 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990117819	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-07-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	100.2, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacie płynne	8,92	12,64	12,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; zakażenie Pneumocystis jirovecii u pacjentów z niedoborami odporności – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	6,39
3701	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 120, tabl., 100+20 mg	20 szt. (1 blist.po 20 szt.)	05909990117529	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-07-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacie stałe	8,52	10,74	5,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; zakażenie Pneumocystis jirovecii u pacjentów z niedoborami odporności – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	7,87
3702	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 480, tabl., 400+80 mg	20 szt. (1 blist.po 20 szt.)	05909990117611	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-07-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacie stałe	17,06	22,99	22,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; zakażenie Pneumocystis jirovecii u pacjentów z niedoborami odporności – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	11,50

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3703	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 960, tabl., 800+160 mg	10 szt. (1 blist.po 10 szt.)	05909990117710	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-07-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacie stałe	17,17	23,11	22,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; zakażenie Pneumocystis jirovecii u pacjentów z niedoborami odporności – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	11,62
3704	Sulfasalazinum	Salazopyrin EN, tabl. dojel., 500 mg	100 szt. (1 poj.po 100 szt.)	05909990864423	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	45,20	56,94	56,94	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
3705	Sulfasalazinum	Salazopyrin EN, tabl. dojel., 500 mg	100 szt. (1 poj.po 100 szt.)	05909990864423	2019-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	45,20	56,94	56,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,08
3706	Sulfasalazinum	Salazopyrin EN, tabl. dojel., 500 mg	50 szt. (1 poj.po 50 szt.)	05909990864416	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	23,22	30,61	29,05	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,76
3707	Sulfasalazinum	Salazopyrin EN, tabl. dojel., 500 mg	50 szt. (1 poj.po 50 szt.)	05909990864416	2019-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	23,22	30,61	29,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,28
3708	Sulfasalazinum	Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909990283323	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	48,17	60,06	58,10	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,16
3709	Sulfasalazinum	Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909990283323	2019-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	48,17	60,06	58,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	19,39
3710	Sulfasalazinum	Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	05909990283316	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	24,14	31,58	29,05	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,73

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3711	Sulfasalazinum	Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	05909990283316	2019-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	24,14	31,58	29,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,25
3712	Sulfasalazinum	Sulfasalazin Krka, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990283217	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	22,68	30,04	29,05	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,19
3713	Sulfasalazinum	Sulfasalazin Krka, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990283217	2019-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	22,68	30,04	29,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,71
3714	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 100 mg	24 szt.	05909991380410	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	3,30	4,52	3,60	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	zespół Tourette'a	bezpłatny do limitu	0,92
3715	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991380465	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,22	8,99	8,99	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	zespół Tourette'a	bezpłatny do limitu	0,00
3716	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 50 mg	24 szt.	05909991380373	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	2,75	3,41	1,80	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	zespół Tourette'a	bezpłatny do limitu	1,61
3717	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, kaps. twarde, 100 mg	24 szt. (2 blist.po 12 szt.)	05909990159314	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,48	5,75	3,60	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	zespół Tourette'a	bezpłatny do limitu	2,15
3718	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, tabl., 200 mg	12 szt. (1 blist.po 12 szt.)	05909990159413	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	3,89	5,13	3,60	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	zespół Tourette'a	bezpłatny do limitu	1,53

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3719	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, tabl., 200 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990159437	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,31	11,19	8,99	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	zespół Tourette'a	bezpłatny do limitu	2,20
3720	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, kaps. twarde, 50 mg	24 szt. (2 blist.po 12 szt.)	05909990159512	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	3,46	4,15	1,80	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	zespół Tourette'a	bezpłatny do limitu	2,35
3721	Sultamicillinum	Unasyn, tabl. powl., 375 mg	12 szt.	05909990065110	2019-01-01	3 lata	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	25,97	29,34	6,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	26,12
3722	Szczepionka przeciw grypie (żywa atenuowana, do nosa)	Fluenz Tetra, aerozol do nosa, zawiesina, 1 dawka	1 aplikator 0,2 ml	05000456061346	2020-09-01	2 lata	247.1, Szczepionki przeciw grypie - postać donosowa	79,12	95,73	95,73	Zapobieganie grypie u dzieci w wieku od ukończonego 24 miesiąca życia do ukończonego 60 miesiąca życia		50%	47,87
3723	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0.5 mg	30 szt.	05909990051052	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-07-01/<2>2019-09-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	44,88	56,61	56,61	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę	ryczałt	3,20
3724	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 1 mg	30 szt.	05909990051076	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-07-01/<2>2019-09-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	95,03	113,27	113,27	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę	ryczałt	3,20
3725	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 3 mg	30 szt.	05909990699957	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-07-01/<2>2019-09-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	310,72	346,24	339,81	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę	ryczałt	9,63

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3726	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 5 mg	30 szt.	05909990051137	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-07-01/<2>2019-09-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	527,86	579,22	566,35	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę	ryczałt	16,07
3727	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 0.5 mg	30 szt.	07613421037024	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	37,26	48,61	48,61	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę	ryczałt	3,20
3728	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 1 mg	30 szt.	07613421037000	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	74,52	91,74	91,74	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę	ryczałt	3,20
3729	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 2 mg	30 szt.	07613421037048	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	149,04	173,98	173,98	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę	ryczałt	3,20
3730	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 3 mg	30 szt.	07613421037031	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	223,56	254,72	254,72	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę	ryczałt	3,20
3731	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 5 mg	30 szt.	07613421037017	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	372,60	416,20	416,20	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę	ryczałt	3,20
3732	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0.75 mg	30 szt.	05909991192709	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-07-01/<2>2019-09-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	102,39	121,36	121,36	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3733	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1 mg	30 szt.	05909991192730	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-07-01/<2>2019-09-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	139,22	161,81	161,81	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę	ryczałt	3,20
3734	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1 mg	90 szt.	05909991192754	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-07-01/<2>2019-09-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	440,29	485,49	485,44	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę	ryczałt	3,25
3735	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909991192761	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-07-01/<2>2019-09-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	591,02	647,32	647,26	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę	ryczałt	3,72
3736	Tacrolimusum	Prograf, kaps. twarde, 0.5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991148713	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-07-01/<2>2019-09-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	44,88	56,61	56,61	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę	ryczałt	3,20
3737	Tacrolimusum	Prograf, kaps. twarde, 1 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990447213	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-07-01/<2>2019-09-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	95,03	113,27	113,27	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę	ryczałt	3,20
3738	Tacrolimusum	Prograf, kaps. twarde, 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990447312	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-07-01/<2>2019-09-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	527,86	579,22	566,35	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę	ryczałt	16,07

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3739	Tafluprostum	Taflotan Multi, krople do oczu, roztwór, 15 µg/ml	1 but.po 3 ml	05909991372927	2021-03-01	2 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	53,68	63,48	34,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	39,03
3740	Tafluprostum + Timololum	Taptiqom, krople do oczu, roztwór, 0,015+5 mg/ml	30 poj. jednodawkowych 0,3 ml	05909991220327	2021-03-01	2 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	71,17	82,17	37,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	55,97
3741	Tamoxifenum	Nolvadex D, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990127412	2019-01-01	3 lata	130.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antyestrogeny - tamoksyfen	14,58	18,87	13,88	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	4,99
3742	Tamoxifenum	Tamoxifen Sandoz, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990331017	2019-01-01	3 lata	130.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antyestrogeny - tamoksyfen	9,83	13,88	13,88	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3743	Tamoxifenum	Tamoxifen-EGIS, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990775316	2019-01-01	3 lata	130.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antyestrogeny - tamoksyfen	9,88	13,93	13,88	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,05
3744	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt.	05909990622726	2019-11-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,99	24,17	22,29	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	5,08
3745	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	90 szt.	05906414001501	2019-11-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	53,99	66,86	66,86	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
3746	Tamsulosini hydrochloridum	Bazetham Retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 0.4 mg	30 szt.	05909990894598	2019-05-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,98	24,16	22,29	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	5,07
3747	Tamsulosini hydrochloridum	Bazetham Retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0.4 mg	90 szt.	05909990894642	2018-05-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	54,00	66,87	66,86	Przerost gruczołu krokowego		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	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3748	Tamsulosini hydrochloridum	Symlosin SR, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	90 szt.	05909991136321	2019-11-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	38,88	50,99	50,99	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
3749	Tamsulosini hydrochloridum	Tamiron, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt.	05909991332709	2020-09-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	10,91	16,74	16,74	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
3750	Tamsulosini hydrochloridum	Tamoptim, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt.	05909990570386	2019-09-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	14,33	20,34	20,34	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
3751	Tamsulosini hydrochloridum	Tamoptim, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	60 szt.	05907626708400	2019-09-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	28,65	38,25	38,25	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,40
3752	Tamsulosini hydrochloridum	Tamoptim, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	90 szt.	05907626708417	2019-09-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	42,98	55,30	55,30	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
3753	Tamsulosini hydrochloridum	Tanyz ERAS, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 0.4 mg	30 szt.	05909990847808	2019-05-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	18,09	24,27	22,29	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	5,18
3754	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	90 szt.	05907587609235	2020-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	53,97	66,84	66,84	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
3755	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0.4 mg	60 szt.	05909991191214	2020-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	35,97	45,94	44,57	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,77

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3756	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0.4 mg	90 szt.	05909991199081	2020-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	53,97	66,84	66,84	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
3757	Tamsulosini hydrochloridum	Urostad, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt.	05909997216393	2019-03-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	11,77	17,64	17,64	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
3758	Tamsulosinum	Apo-Tamis, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990045006	2019-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	19,01	25,24	22,29	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,15
3759	Tamsulosinum	Apo-Tamis, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	90 szt.	05909990900794	2019-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	57,02	70,05	66,86	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	12,79
3760	Tamsulosinum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990573585	2019-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,99	24,17	22,29	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	5,08
3761	Tamsulosinum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	05909990573592	2019-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	55,47	68,41	66,86	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,15
3762	Tamsulosinum	Omnic 0,4, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 0.4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990716418	2019-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	19,12	25,36	22,29	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,27
3763	Tamsulosinum	Omnic Ocas 0,4, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 0.4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990219070	2019-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	19,44	25,69	22,29	Przerost gruczołu krokowego		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	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3764	Tamsulosinum	Omsal 0,4 mg kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990586196	2019-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	18,09	24,27	22,29	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	5,18
3765	Tamsulosinum	Prostamnic, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990573257	2019-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	18,90	25,13	22,29	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,04
3766	Tamsulosinum	Ranlosin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 0.4 mg	30 szt.	05909990048007	2019-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	19,06	25,29	22,29	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,20
3767	Tamsulosinum	Ranlosin, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, 0.4 mg	90 szt.	05909991092184	2017-03-01	5 lat	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	53,99	66,86	66,86	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
3768	Tamsulosinum	Symlosin SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990044382	2019-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,87	24,04	22,29	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	4,95
3769	Tamsulosinum	TamisPras, tabl. o przedłużonym działaniu, 0.4 mg	30 szt.	05909990980451	2018-07-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	19,07	25,30	22,29	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,21
3770	Tamsulosinum	Tamsudil, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt.	05909997225937	2018-09-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	11,29	17,13	17,13	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
3771	Tamsulosinum	Tamsudil, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990565948	2019-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	18,90	25,13	22,29	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,04

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3772	Tamsulosinum	Tamsudil, kaps. twarde o zmodyfikowanym uwalnianiu, 0.4 mg	90 szt. (9 blist.po 10)	05909990565962	2019-03-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	56,65	69,65	66,86	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	12,39
3773	Tamsulosinum	Tamsugen 0,4 mg, kapsułki o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt.	05909990570690	2019-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	12,31	18,21	18,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
3774	Tamsulosinum	Tanyz, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 0.4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990430895	2019-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	18,58	24,78	22,29	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	5,69
3775	Tamsulosinum	Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990566068	2019-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	18,25	24,44	22,29	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	5,35
3776	Tamsulosinum	Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990566075	2019-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	36,50	46,50	44,57	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	8,33
3777	Tamsulosinum	Uprox XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0.4 mg	30 szt.	05909991191221	2019-07-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	18,21	24,40	22,29	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	5,31
3778	Tamsulosinum	Urostad 0,4 mg kapsułka o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarda, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt.	05909997226293	2019-07-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	10,80	16,62	16,62	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
3779	Tamsulosinum	Urostad 0,4 mg kapsułka o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarda, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990566280	2019-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,15	22,24	22,24	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3780	Tapentadolum	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	60 szt.	05909990865598	2020-09-01	10 miesięcy	153.5, Opioidowe leki przeciwbólowe - tapentadol	254,53	285,83	253,92	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	31,91
3781	Tapentadolum	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909990865635	2020-09-01	10 miesięcy	153.5, Opioidowe leki przeciwbólowe - tapentadol	381,80	422,50	380,89	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	41,61
3782	Tapentadolum	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909990865666	2020-09-01	10 miesięcy	153.5, Opioidowe leki przeciwbólowe - tapentadol	488,70	537,78	507,85	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	29,93
3783	Tapentadolum	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 250 mg	60 szt.	05909990865697	2020-09-01	10 miesięcy	153.5, Opioidowe leki przeciwbólowe - tapentadol	578,22	634,81	634,81	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
3784	Tapentadolum	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	05909990865567	2020-09-01	10 miesięcy	153.5, Opioidowe leki przeciwbólowe - tapentadol	126,98	147,90	126,96	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	20,94
3785	Telmisartanum	Actelsar, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990891832	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,21	13,89	12,07	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%	5,44
3786	Telmisartanum	Actelsar, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990891863	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,41	26,49	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	9,59

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3787	Telmisartanum	Micardis, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990440726	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,43	24,62	12,07	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%	16,17
3788	Telmisartanum	Micardis, tabl., 80 mg	14 szt.	05909990440818	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,83	21,89	12,07	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%	13,44
3789	Telmisartanum	Micardis, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990440825	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,11	33,53	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	16,63
3790	Telmisartanum	Polsart, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990936670	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,21	17,04	12,07	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%	8,59
3791	Telmisartanum	Polsart, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990936700	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	26,42	32,81	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	15,91
3792	Telmisartanum	Pritor, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990463428	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,47	19,41	12,07	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%	10,96
3793	Telmisartanum	Pritor, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990463527	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,74	25,79	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	8,89
3794	Telmisartanum	Telmabax, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991060220	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,91	12,53	12,07	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%	4,08

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3795	Telmisartanum	Telmabax, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991060268	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,82	23,77	23,77	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%	7,13
3796	Telmisartanum	Telmisartan Bluefish, tabletki, 40 mg	28 szt.	05909991391713	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,10	11,68	11,68	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%	3,50
3797	Telmisartanum	Telmisartan Bluefish, tabletki, 80 mg	28 szt.	05909991391720	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,42	22,30	22,30	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%	6,69
3798	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991036768	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,10	13,78	12,07	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%	5,33
3799	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909991229801	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,01	22,92	22,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,88
3800	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909991036867	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,20	26,27	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	9,37
3801	Telmisartanum	Telmisartan Genoptim, tabletki, 40 mg	28 szt.	05909991388003	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,15	12,78	12,07	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%	4,33

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3802	Telmisartanum	Telmisartan Genoptim, tabletki, 80 mg	28 szt.	05909991388034	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,30	24,28	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	7,38
3803	Telmisartanum	Telmisartan Mylan, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991018429	2017-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,64	12,24	12,07	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%	3,79
3804	Telmisartanum	Telmisartan Mylan, tabl., 80 mg	28 tabl.	05909991018436	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,17	23,09	23,09	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%	6,93
3805	Telmisartanum	Telmisartan Orion, tabletki, 40 mg	28 szt.	05909991367329	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,37	11,96	11,96	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%	3,59
3806	Telmisartanum	Telmisartan Orion, tabletki, 80 mg	28 szt.	05909991367374	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,74	22,64	22,64	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%	6,79
3807	Telmisartanum	Telmisartanum 123ratio / Telmisartanum Teva B.V., tabl., 40 mg	28 szt.	05909990821839	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,45	13,10	12,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	4,65
3808	Telmisartanum	Telmisartanum 123ratio / Telmisartanum Teva B.V., tabl., 80 mg	28 szt.	05909990821792	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,36	24,34	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	7,44

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3809	Telmisartanum	Telmix, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990974863	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,31	16,10	12,07	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%	7,65
3810	Telmisartanum	Telmix, tabl., 40 mg	56 tabl.	05909990974887	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,30	26,38	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	9,48
3811	Telmisartanum	Telmix, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990974979	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,62	30,92	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	14,02
3812	Telmisartanum	Telmix, tabl., 80 mg	56 tabl.	05909990974993	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	40,61	50,48	48,28	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%	16,68
3813	Telmisartanum	Telmizek, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990902002	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,94	16,76	12,07	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%	8,31
3814	Telmisartanum	Telmizek, tabletki, 80 mg	28 szt.	05909991361969	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2018-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,42	22,30	22,30	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%	6,69
3815	Telmisartanum	Telmizek, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990902095	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	25,88	32,23	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	15,33

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3816	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991423551	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,99	11,56	11,56	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%	3,47
3817	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 tabl.	05909990818082	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,10	13,78	12,07	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%	5,33
3818	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991423568	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,98	21,84	21,84	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%	6,55
3819	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991086626	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,71	25,76	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	8,86
3820	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991423575	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,98	21,84	21,84	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%	6,55
3821	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 tabl.	05909990818150	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,20	26,27	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	9,37
3822	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991423582	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,89	40,27	40,27	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%	12,08

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3823	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991086633	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	39,42	49,23	48,28	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%	15,43
3824	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	56 tabl.	05909997077628	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	25,22	31,54	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	14,64
3825	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	84 szt.	05909997077635	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,29	38,30	36,21	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%	12,95
3826	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	56 tabl.	05909997077697	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	50,44	60,80	48,28	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%	27,00
3827	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	84 szt.	05909997077703	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	60,59	73,46	72,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	22,77
3828	Telmisartanum	Tolura 40 mg tabletki, tabl. powl., 40 mg	28 tabl.	05909997077604	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,02	14,74	12,07	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%	6,29
3829	Telmisartanum	Tolura 80 mg tabletki, tabl. powl., 80 mg	28 tabl.	05909997077673	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,04	28,20	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,30
3830	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990840472	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,10	13,78	12,07	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%	5,33

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3831	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990840557	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,20	26,27	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	9,37
3832	Telmisartanum	Zanacodar, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990941841	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,64	12,24	12,07	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%	3,79
3833	Telmisartanum	Zanacodar, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990941926	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,28	23,20	23,20	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%	6,96
3834	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 40+10 mg	28 szt.	05909991338626	2021-03-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,08	13,75	12,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,30
3835	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 40+5 mg	28 szt.	05909991338541	2021-03-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,08	13,75	12,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,30
3836	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+10 mg	28 szt.	05909991338787	2021-03-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,15	26,22	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,32
3837	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+5 mg	28 szt.	05909991338701	2021-03-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,15	26,22	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,32
3838	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Actelsar HCT, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991056247	2019-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,73	31,03	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,13
3839	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Actelsar HCT, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991056773	2019-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,73	31,03	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,13
3840	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Gisartan, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991080051	2019-07-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,84	31,14	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		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	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3841	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Gisartan, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991080174	2019-07-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,84	31,14	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,24
3842	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	MicardisPlus, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991020026	2019-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	33,05	39,76	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	22,86
3843	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	MicardisPlus, tabl., 80+25 mg	14 szt.	05909990653010	2019-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,90	25,12	12,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	16,67
3844	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	MicardisPlus, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909990653027	2019-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	33,90	40,66	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	23,76
3845	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Polsart Plus, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991079451	2019-11-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,40	16,19	12,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,74
3846	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Polsart Plus, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991079598	2019-11-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,80	31,10	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,20
3847	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Polsart Plus, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991079703	2019-11-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,80	31,10	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,20
3848	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	PritorPlus, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991068325	2019-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,61	29,01	12,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	20,56
3849	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	PritorPlus, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991068424	2019-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,62	36,16	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	19,26
3850	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	PritorPlus, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909990644834	2019-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,62	36,16	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	19,26
3851	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan + HCT Genoptim, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991388157	2019-11-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,50	13,15	12,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,70
3852	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan + HCT Genoptim, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991388188	2019-11-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,01	25,02	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,12

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3853	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan + HCT Genoptim, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991388218	2019-11-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,01	25,02	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,12
3854	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan/hydrochlorothiazide EGIS, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991073732	2019-11-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,10	15,88	12,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,43
3855	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan/hydrochlorothiazide EGIS, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991410667	2021-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,23	23,15	23,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,95
3856	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan/hydrochlorothiazide EGIS, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991421816	2020-09-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,82	23,77	23,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,13
3857	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan/hydrochlorothiazide EGIS, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991073848	2019-05-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,73	31,03	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,13
3858	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan/hydrochlorothiazide EGIS, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991073909	2019-05-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,73	31,03	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,13
3859	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmix Plus, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991417932	2021-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,89	12,50	12,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,05
3860	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmix Plus, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991417963	2021-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,78	23,73	23,73	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,12
3861	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmix Plus, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991418007	2021-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,78	23,73	23,73	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,12
3862	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmizek HCT, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991082338	2019-03-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,50	17,35	12,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,90
3863	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmizek HCT, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991082529	2019-03-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,00	33,41	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	16,51
3864	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmizek HCT, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991082598	2019-03-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,00	33,41	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	16,51

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3865	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991095994	2019-09-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,60	15,35	12,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,90
3866	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 40+12,5 mg	56 szt.	05909991096007	2019-09-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,20	29,42	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,52
3867	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991096038	2019-09-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,20	29,42	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,52
3868	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909991096045	2019-09-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	46,40	56,56	48,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	22,76
3869	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991096069	2019-09-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,20	29,42	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,52
3870	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+25 mg	56 szt.	05909991096076	2019-09-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	46,40	56,56	48,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	22,76
3871	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991045180	2018-07-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,50	17,35	12,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,90
3872	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg	56 szt.	05909991045203	2018-07-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,00	33,41	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	16,51
3873	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg	84 szt.	05909991045265	2019-05-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	40,50	49,03	36,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	23,68
3874	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991045692	2018-07-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,00	33,41	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	16,51
3875	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909991045722	2018-07-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	54,00	64,54	48,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	30,74
3876	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg	84 szt.	05909991045746	2019-05-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	81,00	94,89	72,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	44,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3877	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991045807	2018-07-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,00	33,41	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	16,51
3878	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+25 mg	56 szt.	05909991045852	2018-07-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	54,00	64,54	48,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	30,74
3879	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+25 mg	84 szt.	05909991045876	2019-05-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	81,00	94,89	72,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	44,20
3880	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991226381	2019-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,23	16,01	12,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,56
3881	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 40+12,5 mg	56 szt.	05909991330040	2020-09-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,80	23,75	23,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,13
3882	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991226398	2019-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,45	30,73	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,83
3883	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909991330057	2020-09-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,60	45,22	45,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,57
3884	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991226404	2019-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,45	30,73	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,83
3885	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+25 mg	56 szt.	05909991330064	2020-09-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,60	45,22	45,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,57
3886	Terazosinum	Hytrin, tabl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990768011	2019-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	54,00	64,49	41,60	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	28,86
3887	Terazosinum	Hytrin, tabl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990768011	2019-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	54,00	64,49	41,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	35,37

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3888	Terazosinum	Hytrin, tabl., 2 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990767816	2019-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	13,61	16,91	8,32	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,79
3889	Terazosinum	Hytrin, tabl., 2 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990767816	2019-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	13,61	16,91	8,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,09
3890	Terazosinum	Hytrin, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990767915	2019-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	27,00	33,38	20,80	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	15,78
3891	Terazosinum	Hytrin, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990767915	2019-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	27,00	33,38	20,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	18,82
3892	Terazosinum	Kornam, tabl., 2 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990484119	2019-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,82	21,48	8,91	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	15,77
3893	Terazosinum	Kornam, tabl., 2 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990484119	2019-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,82	21,48	8,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,24
3894	Terazosinum	Kornam, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990484317	2019-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	31,81	38,68	22,29	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	19,59
3895	Terazosinum	Kornam, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990484317	2019-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	31,81	38,68	22,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	23,08
3896	Terbinafinum	Erfin, tabl., 250 mg	14 szt. (2 blist.po 7 szt.)	05909990621057	2019-01-01	3 lata	50.0, Dermatologiczne leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - terbinafina	19,87	26,32	24,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,29

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3897	Terbinafinum	Erfin, tabl., 250 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990621064	2019-01-01	3 lata	50.0, Dermatologiczne leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - terbinafina	39,74	50,18	48,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	26,11
3898	Terbinafinum	Myconafine, tabl., 250 mg	14 szt.	05909990419043	2021-01-01	3 lata	50.0, Dermatologiczne leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - terbinafina	16,74	23,05	23,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,53
3899	Terbinafinum	Myconafine, tabl., 250 mg	14 szt. (2 blist.po 7 szt.)	05909990419036	2019-01-01	3 lata	50.0, Dermatologiczne leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - terbinafina	18,90	25,32	24,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,29
3900	Terbinafinum	Myconafine, tabl., 250 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990419050	2019-01-01	3 lata	50.0, Dermatologiczne leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - terbinafina	37,80	48,14	48,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,07
3901	Terbinafinum	Terbinafine Aurobindo, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990955268	2019-07-01	3 lata	50.0, Dermatologiczne leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - terbinafina	29,05	38,95	38,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	19,48
3902	Terbinafinum	Terbisil, tabl., 250 mg	14 szt. (1 blist.po 14 szt.)	05909990950515	2019-01-01	3 lata	50.0, Dermatologiczne leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - terbinafina	16,20	22,48	22,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,24
3903	Terbinafinum	Zelefion, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990645503	2019-11-01	3 lata	50.0, Dermatologiczne leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - terbinafina	38,88	49,27	48,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	25,20
3904	tert-Butylamini Perindoprilum	Prenessa, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990662494	2019-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,06	25,06	11,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	20,04
3905	tert-Butylamini Perindoprilum	Vidotin, tabl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990653614	2019-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	5,94	7,87	5,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,36
3906	tert-Butylamini Perindoprilum	Vidotin, tabl., 8 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990653621	2019-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,88	15,42	11,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,40
3907	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+10 mg	30 szt.	05909990908165	2019-05-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,42	14,67	5,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	12,16

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3908	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+5 mg	30 szt.	05909990908134	2019-05-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,42	14,67	5,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	12,16
3909	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+10 mg	30 szt.	05909990908240	2019-05-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,30	28,47	11,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	23,45
3910	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+5 mg	30 szt.	05909990908196	2019-05-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,30	28,47	11,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	23,45
3911	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 4 mg + 10 mg	30 szt.	05906414001860	2019-09-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,94	12,07	5,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,56
3912	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 4 mg + 10 mg	60 szt.	05906414001877	2019-09-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,87	23,80	11,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	18,78
3913	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 4 mg + 5 mg	30 szt.	05906414001839	2019-09-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,94	12,07	5,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,56
3914	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 4 mg + 5 mg	60 szt.	05906414001846	2019-09-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,87	23,80	11,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	18,78
3915	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 8 mg + 10 mg	30 szt.	05906414001921	2019-09-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,87	23,80	11,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	18,78
3916	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 8 mg + 10 mg	60 szt.	05906414001938	2019-09-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	39,74	46,50	22,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	36,46
3917	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 8 mg + 5 mg	30 szt.	05906414001891	2019-09-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,87	23,80	11,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	18,78

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3918	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 8 mg + 5 mg	60 szt.	05906414001907	2019-09-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	39,74	46,50	22,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	36,46
3919	tert-Butylamini Perindoprilum + Indapamidum	Co-Prenessa 4 mg/1,25 mg tabletki, tabl., 4+1,25 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990746569	2019-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,04	16,37	5,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	13,86
3920	tert-Butylamini Perindoprilum + Indapamidum	Co-Prenessa 4 mg/1,25 mg tabletki, tabl., 4+1,25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990641086	2019-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,04	16,37	5,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	13,86
3921	Tetrabenazinum	Tetmodis, tabl., 25 mg	112 szt.	05909990805594	2020-01-01	3 lata	238.0, Inne leki działające na układ nerwowy - tetrabenazyna	432,00	477,44	477,44	Hiperkinetyczne zaburzenia motoryczne w chorobie Huntingtona		ryczałt	3,20
3922	Theophyllinum	Euphyllin long, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 200 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990450114	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	203.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - teofilina - postacie o przedłużonym uwalnianiu	6,22	7,95	4,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	bradykardia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,35
3923	Theophyllinum	Euphyllin long, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 300 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990450213	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	203.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - teofilina - postacie o przedłużonym uwalnianiu	8,10	10,60	7,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	bradykardia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,60
3924	Theophyllinum	Theospirex retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990803910	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	203.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - teofilina - postacie o przedłużonym uwalnianiu	6,29	8,37	6,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	bradykardia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,57
3925	Theophyllinum	Theospirex retard 300 mg, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990261215	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	203.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - teofilina - postacie o przedłużonym uwalnianiu	8,42	12,00	12,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	bradykardia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,00
3926	Thiethylperazinum	Torecan, tabl. powl., 6.5 mg	50 szt.	05909990242511	2019-01-01	3 lata	206.2, Leki przeciwhistaminowe o działaniu przeciwwymiotnym - tietyloperazyna - postacie do podawania doustnego	18,36	24,64	24,64	Nowotwory złośliwe		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3927	Thiethylperazinum	Torecan, tabl. powl., 6.5 mg	50 szt.	05909990242511	2019-01-01	3 lata	206.2, Leki przeciwhistaminowe o działaniu przeciwwymiotnym - tietyloperazyna - postacie do podawania doustnego	18,36	24,64	24,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,39
3928	Thiethylperazinum	Torecan, czopki, 6.5 mg	6 szt.	05909990242610	2019-01-01	3 lata	206.1, Leki przeciwhistaminowe o działaniu przeciwwymiotnym - tietyloperazyna - postacie do podawania doodbytniczego	9,13	12,97	12,97	Nowotwory złośliwe		ryczałt	3,20
3929	Thiethylperazinum	Torecan, czopki, 6.5 mg	6 szt.	05909990242610	2019-01-01	3 lata	206.1, Leki przeciwhistaminowe o działaniu przeciwwymiotnym - tietyloperazyna - postacie do podawania doodbytniczego	9,13	12,97	12,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,89
3930	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powl., 10 mg	50 szt.	05909990058839	2019-01-01	3 lata	162.3, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - tiagabina - stałe postacie farmaceutyczne	162,00	186,85	186,85	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	3,20
3931	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powl., 15 mg	50 szt.	05909990058846	2019-01-01	3 lata	162.3, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - tiagabina - stałe postacie farmaceutyczne	246,24	277,43	277,43	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	3,20
3932	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powl., 5 mg	50 szt.	05909990058822	2019-01-01	3 lata	162.3, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - tiagabina - stałe postacie farmaceutyczne	77,76	94,40	93,42	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	4,18
3933	Tianeptinum	Atinepte, tabl. powl., 12.5 mg	30 szt.	05909990997152	2021-03-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	16,15	19,95	10,44	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	12,64
3934	Tianeptinum	Coaxil, tabl. drażowane, 12.5 mg	30 szt.	05909991267131	2019-07-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	11,83	15,41	10,44	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,10
3935	Tianeptinum	Coaxil, tabl. powl., 12.5 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990370214	2019-01-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	16,74	20,57	10,44	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	13,26
3936	Tianeptinum	Tianesal, tabl. powl., 12.5 mg	90 szt.	05909991201821	2018-09-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	40,50	48,77	31,33	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	26,84
3937	Tianeptinum natricum	Coaxil, tabl. drażowane, 12.5 mg	30 szt.	05909991265984	2020-01-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,31	13,82	10,44	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,51
3938	Tianeptinum natricum	Tianesal, tabl. powl., 12.5 mg	30 szt.	05909990875245	2019-11-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	16,16	19,96	10,44	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	12,65
3939	Ticlopidinum	Aclotin, tabl. powl., 0.25 g	20 szt. (1 blist.po 20 szt.)	05909990667116	2019-01-01	3 lata	23.2, Doustne leki przeciwpłytkowe - tyklopidyna	9,13	12,93	11,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,74

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3940	Ticlopidinum	Aclotin, tabl. powl., 0.25 g	60 szt. (3 blist.po 20 szt.)	05909990334971	2019-01-01	3 lata	23.2, Doustne leki przeciwpłytkowe - tyklopidyna	27,00	35,10	35,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,53
3941	Ticlopidinum	Apo-Clodin, tabl. powl., 250 mg	30 szt. (1 but.po 30 szt.)	05909990938315	2019-01-01	3 lata	23.2, Doustne leki przeciwpłytkowe - tyklopidyna	12,91	17,90	17,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,62
3942	Ticlopidinum	Apo-Clodin, tabl. powl., 250 mg	60 szt. (1 but.po 60 szt.)	05909990646616	2019-01-01	3 lata	23.2, Doustne leki przeciwpłytkowe - tyklopidyna	25,81	33,85	33,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,16
3943	Ticlopidinum	Ifapidin, tabl. powl., 250 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	05909990694853	2019-01-01	3 lata	23.2, Doustne leki przeciwpłytkowe - tyklopidyna	8,75	12,53	11,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,34
3944	Ticlopidinum	Ifapidin, tabl. powl., 250 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990694846	2019-01-01	3 lata	23.2, Doustne leki przeciwpłytkowe - tyklopidyna	27,32	35,43	35,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,86
3945	Timololum	Cusimolol 0,5%, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990187713	2019-01-01	3 lata	213.0, Leki przeciwjaskrowe - beta-adrenolityki do stosowania do oczu	4,87	6,49	4,83	Jaskra		30%	3,11
3946	Timololum	Oftensin, krople do oczu, roztwór, 2.5 mg/ml	5 ml	05909990073610	2019-01-01	3 lata	213.0, Leki przeciwjaskrowe - beta-adrenolityki do stosowania do oczu	3,28	4,83	4,83	Jaskra		30%	1,45
3947	Timololum	Oftensin, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml	5 ml	05909990073719	2019-01-01	3 lata	213.0, Leki przeciwjaskrowe - beta-adrenolityki do stosowania do oczu	3,28	4,83	4,83	Jaskra		30%	1,45
3948	Tioguaninum	Lanvis, tabl., 40 mg	25 szt.	05909990185214	2019-11-01	3 lata	234.0, Leki przeciwnowotworowe - antymetabolity - analogi puryn - tioguanina	596,38	654,34	654,34	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3949	Tiotropii bromidum	Braltus, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 10 µg/dawkę dostarczaną	30 szt. + 1 inhalator	05909991299545	2017-03-01	5 lat	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	85,31	102,56	102,56	Ciężka postać POChP z udokumentowanym badaniem spirometrycznym z wartością wskaźnika FEV1<50% oraz ujemną próbą rozkurczową		ryczałt	3,20
3950	Tiotropii bromidum	Braltus, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 10 µg/dawkę dostarczaną	30 szt. + 1 inhalator	05909991299545	2017-03-01	5 lat	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	85,31	102,56	102,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	30,77
3951	Tiotropii bromidum	Spiriva Respimat, roztwór do inhalacji, 2.5 µg/dawkę odmierzoną	1 wkł.po 30 dawek leczniczych (60 dawek odmierzonych) + 1 inhalator Respimat	05909990735839	2019-01-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	103,14	121,28	102,56	Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące		30%	49,49

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3952	Tiotropium	Spiriva, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt. (3 blist.po 10 szt. + HandiHaler)	05909990985128	2019-01-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	103,14	121,28	102,56	Ciężka postać POChP z udokumentowanym badaniem spirometrycznym z wartością wskaźnika FEV1<50% oraz ujemną próbą rozkurczową		ryczałt	21,92
3953	Tiotropium	Spiriva, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt. (3 blist.po 10 szt. + HandiHaler)	05909990985128	2019-01-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	103,14	121,28	102,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	49,49
3954	Tiotropium	Spiriva, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990985111	2019-01-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	103,14	121,28	102,56	Ciężka postać POChP z udokumentowanym badaniem spirometrycznym z wartością wskaźnika FEV1<50% oraz ujemną próbą rozkurczową		ryczałt	21,92
3955	Tiotropium	Spiriva, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990985111	2019-01-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	103,14	121,28	102,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	49,49
3956	Tiotropium	Srivasso, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 kaps.	05909991253998	2017-07-01	5 lat	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	85,31	102,56	102,56	Ciężka postać POChP z udokumentowanym badaniem spirometrycznym z wartością wskaźnika FEV1<50% oraz ujemną próbą rozkurczową		ryczałt	3,20
3957	Tiotropium	Srivasso, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 kaps.	05909991253998	2017-07-01	5 lat	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	85,31	102,56	102,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	30,77
3958	Tiotropium	Srivasso, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 kaps. z inhalatorem	05909991254001	2017-07-01	5 lat	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	85,31	102,56	102,56	Ciężka postać POChP z udokumentowanym badaniem spirometrycznym z wartością wskaźnika FEV1<50% oraz ujemną próbą rozkurczową		ryczałt	3,20
3959	Tiotropium	Srivasso, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 kaps. z inhalatorem	05909991254001	2017-07-01	5 lat	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	85,31	102,56	102,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	30,77
3960	Tizanidinum	Sirdalud MR, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 6 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990671410	2019-01-01	3 lata	144.0, Leki działające rozkurczowo na mięśnie szkieletowe - tizanidyna	43,79	53,67	43,53	Stwardnienie rozsiane		30%	23,20
3961	Tizanidinum	Tizanor, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990784486	2019-05-01	3 lata	144.0, Leki działające rozkurczowo na mięśnie szkieletowe - tizanidyna	21,96	29,02	29,02	Stwardnienie rozsiane		30%	8,71
3962	Tolterodini tartras	Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 2 mg	60 szt.	05909991008642	2021-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	19,81	25,12	17,47	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	12,89

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3963	Tolterodini tartras	Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	30 szt.	05909991008666	2021-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	19,81	25,12	17,47	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	12,89
3964	Tolterodini tartras	Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	60 szt.	05909991008680	2021-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	39,61	48,32	34,94	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	23,86
3965	Tolterodinum	Defur, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	28 szt.	05909991055271	2019-07-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	18,49	23,54	16,31	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	12,12
3966	Tolterodinum	Defur, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	90 szt.	05909991139520	2018-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	61,29	73,08	52,41	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	36,39
3967	Tolterodinum	Titlodine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 2 mg	28 szt.	05909991035235	2019-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	12,84	15,95	8,15	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	10,25
3968	Tolterodinum	Titlodine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	28 szt.	05909991035549	2019-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	26,89	32,36	16,31	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	20,94
3969	Tolterodinum	Tolzurin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 2 mg	28 szt.	05909991023485	2019-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	12,96	16,08	8,15	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	10,38
3970	Tolterodinum	Tolzurin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	28 szt.	05909991023522	2019-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	26,89	32,36	16,31	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	20,94
3971	Tolterodinum	Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	30 szt.	05909991249038	2019-05-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	24,30	29,84	17,47	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	17,61
3972	Tolterodinum	Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	60 szt.	05909991249045	2019-05-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	49,14	58,33	34,94	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	33,87
3973	Tolterodinum	Uroflow 2, tabl. powl., 2 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990648641	2019-01-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	14,53	17,73	8,15	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	12,03
3974	Topiramatum	Epitoram, tabl. powl., 100 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990649594	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	28,94	37,19	33,75	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	6,64

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3975	Topiramatum	Epitoram, tabl. powl., 200 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990649617	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	57,89	71,01	67,50	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	6,71
3976	Topiramatum	Epitoram, tabl. powl., 25 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990649556	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	7,24	10,25	8,44	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	5,01
3977	Topiramatum	Epitoram, tabl. powl., 50 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990649570	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	14,47	19,54	16,88	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	5,86
3978	Topiramatum	Etopro, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990061495	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	30,24	38,55	33,75	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	8,00
3979	Topiramatum	Etopro, tabl. powl., 200 mg	28 szt.	05909990061464	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	59,68	72,89	67,50	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	8,59
3980	Topiramatum	Etopro, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	05909990061488	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	7,46	10,48	8,44	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	5,24
3981	Topiramatum	Etopro, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990061471	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	14,91	20,02	16,88	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	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	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3982	Topiramatum	Oritop, tabl. powl., 100 mg	60 szt. (1 but.po 60 szt.)	05909990715169	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	56,16	69,61	69,61	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
3983	Topiramatum	Oritop, tabl. powl., 25 mg	60 szt. (1 but.po 60 szt.)	05909990715084	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	16,20	21,58	18,08	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	6,70
3984	Topiramatum	Oritop, tabl. powl., 50 mg	60 szt. (1 but.po 60 szt.)	05909990715145	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	30,24	38,85	36,16	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	5,89
3985	Topiramatum	Topamax, tabl. powl., 100 mg	1 but.po 28 szt.	05909990759019	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	29,38	37,64	33,75	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	7,09
3986	Topiramatum	Topamax, tabl. powl., 200 mg	1 but.po 28 szt.	05909990759118	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	54,54	67,50	67,50	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
3987	Topiramatum	Topamax, tabl. powl., 25 mg	1 but.po 28 szt.	05909990758814	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	11,72	14,96	8,44	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	9,72
3988	Topiramatum	Topamax, tabl. powl., 50 mg	1 but.po 28 szt.	05909990758913	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	15,12	20,24	16,88	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	6,56
3989	Topiramatum	Topiramat Bluefish, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990780068	2019-05-01	3 lata	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	21,38	29,25	29,25	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3990	Topiramatum	Topiramat Bluefish, tabl. powl., 200 mg	28 szt.	05909990780136	2019-05-01	3 lata	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	42,88	55,26	55,26	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	3,20
3991	Topiramatum	Topiramat Bluefish, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	05909990779925	2019-05-01	3 lata	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	5,35	8,27	8,27	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	3,20
3992	Topiramatum	Topiramat Bluefish, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990779970	2019-05-01	3 lata	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	10,64	15,53	15,53	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	3,20
3993	Topiramatum	Toramat, tabl. powl., 100 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990671496	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	30,24	38,85	36,16	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	5,89
3994	Topiramatum	Toramat, tabl. powl., 200 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990671502	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	60,48	74,14	72,32	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	5,02
3995	Topiramatum	Toramat, tabl. powl., 25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990671472	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	7,56	10,74	9,04	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	4,90
3996	Topiramatum	Toramat, tabl. powl., 50 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990671489	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	15,12	20,45	18,08	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	5,57
3997	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969012	2019-11-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	6,52	9,37	7,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,86
3998	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969012	2019-11-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	6,52	9,37	7,87	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,50

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3999	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml	05909990969029	2019-11-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	62,59	76,68	75,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	23,76
4000	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml	05909990969029	2019-11-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	62,59	76,68	75,60	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,08
4001	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, kaps., 50 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	05909990968718	2019-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,66	8,99	6,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,48
4002	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, kaps., 50 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	05909990968718	2019-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,66	8,99	6,45	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,54
4003	Tramadoli hydrochloridum	Poltram 100, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990968916	2019-01-01	3 lata	153.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania pozajelitowego	6,05	8,76	8,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,63
4004	Tramadoli hydrochloridum	Poltram 100, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990968916	2019-01-01	3 lata	153.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania pozajelitowego	6,05	8,76	8,76	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
4005	Tramadoli hydrochloridum	Poltram 50, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990968817	2019-01-01	3 lata	153.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania pozajelitowego	4,17	5,65	4,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,58
4006	Tramadoli hydrochloridum	Poltram 50, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990968817	2019-01-01	3 lata	153.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania pozajelitowego	4,17	5,65	4,38	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,27
4007	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	10 szt. (1 blist.po 10 szt.)	05909990967612	2019-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,94	8,24	6,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,73
4008	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	10 szt. (1 blist.po 10 szt.)	05909990967612	2019-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,94	8,24	6,45	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,79
4009	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990967629	2019-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,67	23,05	19,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,51

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
4010	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990967629	2019-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,67	23,05	19,35	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	3,70
4011	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990967636	2019-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	32,39	40,26	32,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,69
4012	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990967636	2019-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	32,39	40,26	32,25	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	8,01
4013	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	10 szt. (1 blist.po 10 szt.)	05909990967711	2019-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,71	12,95	9,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,17
4014	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	10 szt. (1 blist.po 10 szt.)	05909990967711	2019-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,71	12,95	9,68	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	3,27
4015	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990967728	2019-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	28,06	35,34	29,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,02
4016	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990967728	2019-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	28,06	35,34	29,03	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	6,31
4017	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990967735	2019-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	50,27	60,91	48,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	27,04
4018	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990967735	2019-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	50,27	60,91	48,38	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	12,53
4019	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	10 szt. (1 blist.po 10 szt.)	05909990967810	2019-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	12,36	16,48	12,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	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	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
4020	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	10 szt. (1 blist.po 10 szt.)	05909990967810	2019-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	12,36	16,48	12,90	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	3,58
4021	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990967827	2019-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,99	43,75	38,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	16,66
4022	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990967827	2019-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,99	43,75	38,70	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	5,05
4023	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990967834	2019-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	59,93	72,43	64,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	27,28
4024	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990967834	2019-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	59,93	72,43	64,50	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	7,93
4025	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Aurovitas, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909991362300	2020-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,99	7,24	6,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,73
4026	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Aurovitas, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909991362300	2020-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,99	7,24	6,45	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,79
4027	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Krka, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	03838989704100	2019-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,55	20,83	19,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,29
4028	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Krka, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	03838989704100	2019-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,55	20,83	19,35	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,48
4029	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Krka, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	50 szt.	03838989704117	2019-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,92	33,47	32,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,90

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
4030	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Krka, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	50 szt.	03838989704117	2019-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,92	33,47	32,25	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,22
4031	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Krka, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909991389017	2019-07-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	6,26	9,09	7,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,58
4032	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Krka, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909991389017	2019-07-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	6,26	9,09	7,87	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,22
4033	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Krka, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml	05909991389000	2019-07-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	59,40	73,33	73,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	22,00
4034	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Krka, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml	05909991389000	2019-07-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	59,40	73,33	73,33	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
4035	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Krka, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	03838989704124	2019-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,33	30,39	29,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,07
4036	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Krka, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	03838989704124	2019-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,33	30,39	29,03	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,36
4037	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Krka, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	03838989704131	2019-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	38,88	48,95	48,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,08
4038	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Krka, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	03838989704131	2019-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	38,88	48,95	48,38	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,57
4039	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Krka, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	03838989704148	2019-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	31,10	39,67	38,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,58

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
4040	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Krka, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	03838989704148	2019-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	31,10	39,67	38,70	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,97
4041	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Krka, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	03838989704155	2019-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	51,84	63,93	63,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	19,18
4042	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Krka, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	03838989704155	2019-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	51,84	63,93	63,93	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
4043	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Krka, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909991376819	2019-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,18	7,44	6,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,93
4044	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Krka, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909991376819	2019-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,18	7,44	6,45	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,99
4045	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, czopki, 100 mg	5 szt.	05909990253715	2019-01-01	3 lata	153.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doodbytniczego	5,16	7,55	7,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,27
4046	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, czopki, 100 mg	5 szt.	05909990253715	2019-01-01	3 lata	153.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doodbytniczego	5,16	7,55	7,55	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
4047	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	10 ml	05909990253913	2019-01-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	7,41	10,30	7,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,79
4048	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	10 ml	05909990253913	2019-01-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	7,41	10,30	7,87	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,43
4049	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	96 ml	05909990253920	2019-01-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	61,56	75,60	75,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	22,68

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
4050	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	96 ml	05909990253920	2019-01-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	61,56	75,60	75,60	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
4051	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, kaps. twarde, 50 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	05909990253616	2019-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,62	7,90	6,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,39
4052	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, kaps. twarde, 50 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	05909990253616	2019-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,62	7,90	6,45	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,45
4053	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 szt.po 1 ml	05909990253814	2019-01-01	3 lata	153.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania pozajelitowego	4,17	5,65	4,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,58
4054	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 szt.po 1 ml	05909990253814	2019-01-01	3 lata	153.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania pozajelitowego	4,17	5,65	4,38	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,27
4055	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 szt.po 2 ml	05909990253821	2019-01-01	3 lata	153.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania pozajelitowego	6,05	8,76	8,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,63
4056	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 szt.po 2 ml	05909990253821	2019-01-01	3 lata	153.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania pozajelitowego	6,05	8,76	8,76	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
4057	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	10 szt. (1 blist.po 10 szt.)	05909990786213	2019-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,35	7,62	6,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,11
4058	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	10 szt. (1 blist.po 10 szt.)	05909990786213	2019-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,35	7,62	6,45	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,17
4059	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990786220	2019-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,20	21,51	19,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,97
4060	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990786220	2019-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,20	21,51	19,35	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,16

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
4061	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990786237	2019-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	27,00	34,60	32,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,03
4062	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990786237	2019-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	27,00	34,60	32,25	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,35
4063	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	10 szt. (1 blist.po 10 szt.)	05909990786312	2019-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,26	11,42	9,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,64
4064	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	10 szt. (1 blist.po 10 szt.)	05909990786312	2019-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,26	11,42	9,68	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,74
4065	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990786329	2019-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,44	30,49	29,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,17
4066	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990786329	2019-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,44	30,49	29,03	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,46
4067	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990786336	2019-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	40,45	50,60	48,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	16,73
4068	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990786336	2019-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	40,45	50,60	48,38	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,22
4069	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	10 szt. (1 blist.po 10 szt.)	05909990786411	2019-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,75	14,79	12,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,76
4070	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	10 szt. (1 blist.po 10 szt.)	05909990786411	2019-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,75	14,79	12,90	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,89

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
4071	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990786428	2019-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	32,24	40,86	38,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,77
4072	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990786428	2019-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	32,24	40,86	38,70	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,16
4073	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990786435	2019-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	53,73	65,92	64,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	20,77
4074	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990786435	2019-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	53,73	65,92	64,50	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,42
4075	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	10 szt.	05909990780303	2019-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	2,78	3,92	3,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	1,66
4076	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	10 szt.	05909990780303	2019-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	2,78	3,92	3,23	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,69
4077	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990971794	2021-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,63	14,91	14,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,75
4078	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990971794	2021-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,63	14,91	14,51	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,40
4079	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	03830070471243	2021-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,94	21,62	21,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,49
4080	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	03830070471243	2021-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,94	21,62	21,62	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
4081	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramadol + Paracetamol Genoptim, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	05909990964086	2020-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,95	21,63	21,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,49
4082	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramadol + Paracetamol Genoptim, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	05909990964086	2020-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,95	21,63	21,63	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
4083	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramapar, tabl. powl., 37,5+325 mg	100 szt.	05909990959563	2020-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,84	23,98	23,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,19
4084	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramapar, tabl. powl., 37,5+325 mg	100 szt.	05909990959563	2020-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,84	23,98	23,98	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
4085	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramapar, tabl. powl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990959457	2020-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,35	7,81	7,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,73
4086	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramapar, tabl. powl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990959457	2020-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,35	7,81	7,26	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,55
4087	Tramadolum	Adamon SR 100, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990936137	2019-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,38	37,09	32,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,52
4088	Tramadolum	Adamon SR 100, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990936137	2019-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,38	37,09	32,25	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	4,84
4089	Tramadolum	Adamon SR 150, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990936236	2019-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	44,06	54,39	48,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	20,52
4090	Tramadolum	Adamon SR 150, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990936236	2019-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	44,06	54,39	48,38	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	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	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
4091	Tramadolum	Adamon SR 200, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990936335	2019-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	58,75	71,19	64,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	26,04
4092	Tramadolum	Adamon SR 200, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990936335	2019-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	58,75	71,19	64,50	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	6,69
4093	Tramadolum	Adamon SR 50, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990936038	2019-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,69	19,42	16,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,13
4094	Tramadolum	Adamon SR 50, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990936038	2019-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,69	19,42	16,13	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	3,29
4095	Tramadolum	Tramadol SYNTEZA, krople doustne, 100 mg/ml	10 ml (1 but.po 10 ml)	05909990294718	2019-01-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	10,11	13,14	7,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,63
4096	Tramadolum	Tramadol SYNTEZA, krople doustne, 100 mg/ml	10 ml (1 but.po 10 ml)	05909990294718	2019-01-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	10,11	13,14	7,87	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	5,27
4097	Tramadolum	Tramadol SYNTEZA, kaps. twarde, 50 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	05909990294619	2019-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,78	10,16	6,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,65
4098	Tramadolum	Tramadol SYNTEZA, kaps. twarde, 50 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	05909990294619	2019-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,78	10,16	6,45	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	3,71
4099	Tramadolum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	05909990780334	2019-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,10	11,26	9,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,48
4100	Tramadolum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	05909990780334	2019-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,10	11,26	9,68	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,58

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
4101	Tramadolum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	50 szt.	05909990780341	2019-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,50	18,18	16,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,89
4102	Tramadolum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	50 szt.	05909990780341	2019-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,50	18,18	16,13	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,05
4103	Tramadolum	Tramundin, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990947416	2019-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,60	22,98	19,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,44
4104	Tramadolum	Tramundin, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990947416	2019-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,60	22,98	19,35	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	3,63
4105	Tramadolum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990735167	2018-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,80	15,09	14,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,93
4106	Tramadolum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990735167	2018-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,80	15,09	14,51	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,58
4107	Tramadolum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	05909991143923	2018-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,09	21,77	21,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,53
4108	Tramadolum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	05909991143923	2018-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,09	21,77	21,77	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
4109	Tramadolum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powl., 75+650 mg	60 szt.	05909990936595	2018-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	21,60	28,56	28,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,57
4110	Tramadolum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powl., 75+650 mg	60 szt.	05909990936595	2018-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	21,60	28,56	28,56	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
4111	Tramadolum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powl., 75+650 mg	90 szt.	05909991143930	2018-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	32,18	41,36	41,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,41
4112	Tramadolum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powl., 75+650 mg	90 szt.	05909991143930	2018-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	32,18	41,36	41,36	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
4113	Tramadolum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990971763	2018-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,35	7,81	7,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,73
4114	Tramadolum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990971763	2018-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,35	7,81	7,26	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,55
4115	Tramadolum + Paracetamolum	Padolten, tabl. powl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990806287	2018-05-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,39	7,85	7,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,77
4116	Tramadolum + Paracetamolum	Padolten, tabl. powl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990806287	2018-05-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,39	7,85	7,26	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,59
4117	Tramadolum + Paracetamolum	Padolten, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990806294	2018-05-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,78	15,07	14,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,91
4118	Tramadolum + Paracetamolum	Padolten, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990806294	2018-05-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,78	15,07	14,51	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,56
4119	Tramadolum + Paracetamolum	Padolten, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	05909990806300	2018-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,29	21,98	21,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,74
4120	Tramadolum + Paracetamolum	Padolten, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	05909990806300	2018-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,29	21,98	21,77	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,21

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
4121	Tramadolum + Paracetamolum	Palgotal, tabl. powl., 75+650 mg	30 szt.	05909991195076	2019-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,58	14,86	14,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,70
4122	Tramadolum + Paracetamolum	Palgotal, tabl. powl., 75+650 mg	30 szt.	05909991195076	2019-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,58	14,86	14,51	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,35
4123	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	20 szt.	05909990840984	2018-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	3,59	5,27	4,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	1,88
4124	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	20 szt.	05909990840984	2018-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	3,59	5,27	4,84	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,43
4125	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990840991	2018-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,45	7,91	7,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,83
4126	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990840991	2018-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,45	7,91	7,26	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,65
4127	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990841004	2018-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,91	15,21	14,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,05
4128	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990841004	2018-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,91	15,21	14,51	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,70
4129	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	05909990981472	2018-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,36	22,06	21,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,82
4130	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	05909990981472	2018-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,36	22,06	21,77	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,29

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
4131	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	20 szt.	05909991283735	2018-11-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,14	10,25	9,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,47
4132	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	20 szt.	05909991283735	2018-11-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,14	10,25	9,68	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,57
4133	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	30 szt.	05909991283742	2018-11-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,71	15,00	14,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,84
4134	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	30 szt.	05909991283742	2018-11-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,71	15,00	14,51	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,49
4135	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	60 szt.	05909991283759	2018-11-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	21,44	28,39	28,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,52
4136	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	60 szt.	05909991283759	2018-11-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	21,44	28,39	28,39	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
4137	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	90 szt.	05909991283766	2018-11-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	32,15	41,33	41,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,40
4138	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	90 szt.	05909991283766	2018-11-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	32,15	41,33	41,33	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
4139	Tramadolum + Paracetamolum	Tramadol + Paracetamol Genoptim, tabl. powl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990964000	2019-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,30	7,76	7,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,68
4140	Tramadolum + Paracetamolum	Tramadol + Paracetamol Genoptim, tabl. powl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990964000	2019-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,30	7,76	7,26	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,50

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
4141	Tramadolum + Paracetamolum	Tramadol + Paracetamol Genoptim, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990964055	2019-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,61	14,88	14,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,72
4142	Tramadolum + Paracetamolum	Tramadol + Paracetamol Genoptim, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990964055	2019-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,61	14,88	14,51	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,37
4143	Tramadolum + Paracetamolum	Tramapar, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990959488	2018-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,71	15,00	14,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,84
4144	Tramadolum + Paracetamolum	Tramapar, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990959488	2018-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,71	15,00	14,51	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,49
4145	Travoprostum	Rozatrav, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	1 but.a 2,5 ml	05906414003161	2020-03-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,43	35,42	31,19	Jaskra		ryczałt	7,43
4146	Travoprostum	Rozatrav, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	3 but.a 2,5 ml	05906414003178	2020-03-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	82,30	99,04	93,57	Jaskra		ryczałt	13,47
4147	Travoprostum	Rozatrav, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	4 but.a 2,5 ml	05900411002554	2020-03-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	109,73	129,22	124,76	Jaskra		ryczałt	15,13
4148	Travoprostum	Travatan, krople do oczu, roztwór, 0.04 mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990942619	2019-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	41,04	49,71	31,19	Jaskra		ryczałt	21,72

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
4149	Travoprostum	Travoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909991197629	2019-05-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,43	35,42	31,19	Jaskra		ryczałt	7,43
4150	Travoprostum	Vizitrav, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	1 poj.a 2,5 ml	05909991321949	2018-09-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,06	38,18	31,19	Jaskra		ryczałt	10,19
4151	Travoprostum	Vizitrav, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	3 poj.a 2,5 ml	05909991321956	2018-09-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	90,17	107,30	93,57	Jaskra		ryczałt	21,73
4152	Travoprostum + Timololum	DuoTrav, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990586172	2019-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	44,77	53,63	31,19	Jaskra		ryczałt	25,64
4153	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	1 but.a 2,5 ml	05909991347802	2020-03-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,97	38,09	31,19	Jaskra		ryczałt	10,10
4154	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	3 but.a 2,5 ml	05909991347819	2020-03-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	89,91	107,03	93,57	Jaskra		ryczałt	21,46
4155	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	4 but.a 2,5 ml	05909991347826	2020-03-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	119,88	139,86	124,76	Jaskra		ryczałt	25,77

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
4156	Travoprostum + Timololum	Travoprost+Timolol Genoptim, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	1 but.a 2,5 ml	05909991350420	2020-03-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,97	38,09	31,19	Jaskra		ryczałt	10,10
4157	Trazodoni hydrochloridum	Trittico XR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	30 szt.	05909991094799	2021-01-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	50,76	59,54	31,33	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	37,61
4158	Trazodonum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	05909990918720	2019-01-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	17,78	21,66	10,44	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	14,35
4159	Trazodonum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990715497	2019-03-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	51,30	60,11	31,33	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	38,18
4160	Trazodonum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990918621	2019-01-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	13,54	16,59	7,83	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	11,11
4161	Triamcinolonum	Polcortolon, tabl., 4 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	05909990915446	2018-11-01	3 lata	82.6, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - triamcynolon	15,65	21,22	21,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,37
4162	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	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	559,44	612,67	563,14	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	59,13
4163	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	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	270,00	299,94	175,20	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	127,94
4164	Triptorelinum	Gonapeptyl Daily, roztwór do wstrzykiwań, 0.1 mg/ml	7 amp.-strz.po 1 ml	05909990707553	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	69.2, Leki stosowane w terapii hormonalnej – analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	156,60	181,04	181,04	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
4165	Tropicamidum	Tropicamidum WZF 0,5%, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml	10 ml (2x5 ml)	05909990125524	2019-01-01	3 lata	226.0, Leki antycholinergiczne do stosowania do oczu	6,48	10,34	10,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
4166	Tropicamidum	Tropicamidum WZF 1%, krople do oczu, roztwór, 10 mg/ml	10 ml (2x5 ml)	05909990125623	2019-01-01	3 lata	226.0, Leki antycholinergiczne do stosowania do oczu	9,72	13,75	13,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
4167	Umeclidinii bromidum	Incruse Ellipta, proszek do inhalacji, 55 µg	30 daw.	05909991108953	2020-09-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	101,87	119,94	102,56	Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia		30%	48,15
4168	Umeclidinii bromidum + Vilanterolum	Anoro Ellipta, proszek do inhalacji, podzielony, 55+22 µg	1 inhalator po 30 dawek	05909991108984	2021-03-01	3 lata	201.3, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o długim działaniu	151,20	175,12	173,53	Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia		30%	53,65
4169	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	2018-07-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	56,16	70,75	70,75	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację 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		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
4170	Vaccinum influenzae inactivatum ex corticis antigeniis praeparatum (Szczepionka przeciw grypie, antygen powierzchniowy, inaktywowana)	Influvac Tetra, zawiesina do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 1 dawka	1 amp.-strzyk. 0,5 ml z igłą	05909991347352	2020-09-01	2 lata	247.0, Szczepionki przeciw grypie	37,80	47,83	45,76	Profilaktyka grypy u osób w wieku od 18. roku życia do 65. roku życia o zwiększonym ryzyku wystąpienia powikłań pogrypowych tj.: 1) po transplantacji narządów, 2) chorujących na niewydolność układu oddechowego, astmę oskrzelową, przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, niewydolność układu krążenia, chorobę wieńcową, niewydolność nerek, nawracający zespół nerczycowy, choroby wątroby, choroby metaboliczne (w tym cukrzycę), choroby neurologiczne i neurorozwojowe; 3) w stanach obniżonej odporności (w tym po przeszczepie tkanek i chorujących na nowotwory układu krwiotwórczego) oraz u kobiet w ciąży		50%	24,95
4171	Valganciclovirum	Sperart, tabletki powlekane, 450 mg	60 tabl.	05909991257354	2017-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	116.0, Leki przeciwwirusowe - walgancyklowir - postacie do stosowania doustnego	756,00	817,64	477,44	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 nerek - profilaktyka po zakończeniu hospitalizacji związanej z transplantacją do 200 dni po przeszczepie	zakażenie wirusem cytomegalii u pacjentów poddawanych przeszczepom kończyny, rogówki, szpiku, tkanek lub komórek - profilaktyka po zakończeniu hospitalizacji związanej z transplantacją do 110 dni po przeszczepie; zakażenia wirusem cytomegalii po transplantacji narządów lub szpiku - leczenie; zakażenia wirusem Ebsteina-Barr po transplantacji narządów lub szpiku - leczenie	ryczałt	343,40
4172	Valganciclovirum	Valcyclox, tabletki powlekane, 450 mg	60 tabl.	05909991228620	2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	116.0, Leki przeciwwirusowe - walgancyklowir - postacie do stosowania doustnego	918,00	987,74	477,44	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 nerek - profilaktyka po zakończeniu hospitalizacji związanej z transplantacją do 200 dni po przeszczepie	zakażenie wirusem cytomegalii u pacjentów poddawanych przeszczepom kończyny, rogówki, szpiku, tkanek lub komórek - profilaktyka po zakończeniu hospitalizacji związanej z transplantacją do 110 dni po przeszczepie; zakażenia wirusem cytomegalii po transplantacji narządów lub szpiku - leczenie; zakażenia wirusem Ebsteina-Barr po transplantacji narządów lub szpiku - leczenie	ryczałt	513,50

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
4173	Valganciclovirum	Valcyte, proszek do sporządzania roztworu doustnego, 50 mg/ml	1 but.po 12 g	05902768001082	2019-09-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	116.2, Leki przeciwwirusowe - walgancyklowir do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	955,80	1041,18	1041,18	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
4174	Valganciclovirum	Valhit, tabl. powl., 450 mg	60 szt.	05909991284381	<1>2017-03-01/<2>2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	<1>5 lat/<2>3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	116.0, Leki przeciwwirusowe - walgancyklowir - postacie do stosowania doustnego	432,00	477,44	477,44	<1>Zakażenie wirusem cytomegalii u pacjentów poddawanych przeszczepom narządów miąższowych - profilaktyka po zakończeniu hospitalizacji związanej z transplantacją do 110 dni po przeszczepie; <2>Zakażenie wirusem cytomegalii u pacjentów poddawanych przeszczepom nerek - profilaktyka po zakończeniu hospitalizacji związanej z transplantacją do 200 dni po przeszczepie	zakażenie wirusem cytomegalii u pacjentów poddawanych 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
4175	Valsartanum	Avasart, tabl. powl., 160 mg	28 szt.. (4 blist.po 7 szt.)	05909990773763	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,20	26,27	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	9,37
4176	Valsartanum	Avasart, tabl. powl., 80 mg	28 szt.. (4 blist.po 7 szt.)	05909990773695	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,25	13,93	12,07	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%	5,48
4177	Valsartanum	Awalone, tabletki powlekane, 160 mg	28 tabl.	05909990688739	2017-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,01	20,82	20,82	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%	6,25

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
4178	Valsartanum	Awalone, tabletki powlekane, 80 mg	28 tabl.	05909990688548	2017-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,51	11,06	11,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	3,32
4179	Valsartanum	Axudan, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909991230395	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,93	19,69	19,69	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%	5,91
4180	Valsartanum	Axudan, tabletki powlekane, 160 mg	28 tabl.	05909991253912	2017-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,31	20,09	20,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,03
4181	Valsartanum	Axudan, tabletki powlekane, 80 mg	28 tabl.	05909991253226	2017-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,40	10,94	10,94	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%	3,28
4182	Valsartanum	Bespres, tabl. powl., 160 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990751877	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,20	26,27	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	9,37
4183	Valsartanum	Bespres, tabletki powlekane, 160 mg	28 tabl.	05909991350680	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2018-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,04	19,80	19,80	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%	5,94
4184	Valsartanum	Bespres, tabl. powl., 80 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990751594	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,10	13,78	12,07	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%	5,33
4185	Valsartanum	Diovan, tabl. powl., 160 mg	14 szt. (1 blist.po 14 szt.)	05909990929238	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,58	18,48	12,07	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%	10,03

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
4186	Valsartanum	Diovan, tabl. powl., 160 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990929214	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	28,84	35,34	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	18,44
4187	Valsartanum	Diovan, tabl. powl., 80 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990929115	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,90	23,02	12,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	14,57
4188	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909990831067	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,60	27,74	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	10,84
4189	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powl., 160 mg	56 szt.	05909990831081	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,29	41,74	41,74	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%	12,52
4190	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powl., 320 mg	28 szt.	05909990831159	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	37,80	47,53	47,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	14,26
4191	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909990830961	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,80	14,51	12,07	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%	6,06
4192	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powl., 80 mg	56 szt.	05909990830985	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,71	21,56	21,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,47

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
4193	Valsartanum	Ivisart, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990685981	2017-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,69	11,24	11,24	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%	3,37
4194	Valsartanum	Tensart, tabl. powl., 160 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990682065	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,82	24,82	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	7,92
4195	Valsartanum	Tensart, tabl. powl., 80 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990681877	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,26	13,94	12,07	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%	5,49
4196	Valsartanum	Valorion, tabletki powlekane, 160 mg	28 tabl.	05909991299590	2017-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,01	20,82	20,82	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%	6,25
4197	Valsartanum	Valorion, tabletki powlekane, 80 mg	28 tabl.	05909991299583	2017-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,51	11,06	11,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	3,32
4198	Valsartanum	Valsacor 160, tabl. powl., 160 mg	60 szt.	05909990818983	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	44,44	54,88	51,73	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%	18,67
4199	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 160 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990074969	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,74	26,84	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	9,94
4200	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 160 mg	90 szt.	05909990818990	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	64,80	78,26	77,59	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%	23,95

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
4201	Valsartanum	Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 320 mg	28 szt.	05909991216306	2018-09-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	28,30	37,56	37,56	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%	11,27
4202	Valsartanum	Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 320 mg	28 szt.	05909990779147	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	41,47	51,37	48,28	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%	17,57
4203	Valsartanum	Valsacor 80, tabl. powl., 80 mg	60 szt.	05909990818853	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,23	28,65	25,86	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%	10,55
4204	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 80 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990074945	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,37	14,06	12,07	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%	5,61
4205	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 80 mg	90 szt.	05909990818860	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,40	40,81	38,80	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%	13,65
4206	Valsartanum	Valsartan Aurovitas, tabletki powlekane, 160 mg	28 tabl.	05909991345815	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,82	19,58	19,58	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%	5,87
4207	Valsartanum	Valsartan Aurovitas, tabletki powlekane, 80 mg	28 tabl.	05909991345785	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,91	10,43	10,43	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%	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	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
4208	Valsartanum	Valsartan Genoptim, tabletki powlekane, 160 mg	28 tabl.	05909991266455	2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,99	20,80	20,80	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%	6,24
4209	Valsartanum	Valsartan Genoptim, tabletki powlekane, 160 mg	56 tabl.	05909991266479	2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,98	39,32	39,32	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%	11,80
4210	Valsartanum	Valsartan Genoptim, tabletki powlekane, 80 mg	28 tabl.	05909991266387	2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,50	11,05	11,05	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%	3,32
4211	Valsartanum	Valsartan Medical Valley, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909991282608	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,88	17,53	17,53	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%	5,26
4212	Valsartanum	Valsartan Medical Valley, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909991282455	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	5,94	9,41	9,41	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%	2,82
4213	Valsartanum	Valtap, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909990804580	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,10	17,77	17,77	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%	5,33
4214	Valsartanum	Valtap, tabletki powlekane, 160 mg	28 tabl.	05909991344375	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2018-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,04	19,80	19,80	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%	5,94
4215	Valsartanum	Valtap, tabl. powl., 160 mg	56 szt.	05909991088118	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,19	33,24	33,24	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
4216	Valsartanum	Valtap, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909990804542	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,21	9,69	9,69	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%	2,91
4217	Valsartanum	Valtap, tabl. powl., 80 mg	56 szt.	05909991088101	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,42	18,10	18,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	5,43
4218	Valsartanum	Valzek, tabl., 160 mg	28 szt.	05909991202330	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,36	24,34	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	7,44
4219	Valsartanum	Valzek, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991202286	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,18	12,81	12,07	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%	4,36
4220	Valsartanum	Vanatex, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909990827480	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,74	26,84	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	9,94
4221	Valsartanum	Vanatex, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909990827459	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,37	14,06	12,07	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%	5,61
4222	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Axudan HCT, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt.	05909991230234	2019-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,93	19,69	19,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,91
4223	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Axudan HCT, tabletki powlekane, 160+12,5 mg	28 tabl.	05909991251857	2017-07-01	5 lat	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,31	20,09	20,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,03

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
4224	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Axudan HCT, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	05909991230333	2019-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,93	19,69	19,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,91
4225	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Axudan HCT, tabletki powlekane, 160+25 mg	28 tabl.	05909991254407	2017-07-01	5 lat	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,31	20,09	20,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,03
4226	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Axudan HCT, tabletki powlekane, 320+25 mg	28 szt.	05909991325749	2017-09-01	5 lat	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	28,62	37,89	37,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,37
4227	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Axudan HCT, tabletki powlekane, 80+12,5 mg	28 szt.	05909991325572	2017-09-01	5 lat	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,15	10,68	10,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,20
4228	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990874255	2019-03-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,55	27,69	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,79
4229	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabletki powlekane, 160+25 mg	14 tabl.	05909991305932	2017-07-01	5 lat	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,99	11,56	11,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,47
4230	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	05909991282028	2019-11-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,88	21,74	21,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,52
4231	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990740864	2019-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,49	27,62	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,72
4232	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabletki powlekane, 160+25 mg	28 tabl.	05909991305949	2017-07-01	5 lat	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,98	21,84	21,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,55
4233	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powl., 80+12,5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990740833	2019-07-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,26	13,94	12,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,49
4234	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Diovan, tabl. powl., 160+25 mg	14 szt. (1 blist.po 14 szt.)	05909991062927	2019-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,37	18,26	12,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,81
4235	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990829989	2019-03-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,60	27,74	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,84

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
4236	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 160+12,5 mg	56 szt.	05909990830008	2018-11-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,01	40,40	40,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,12
4237	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	05909990830107	2019-03-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,60	27,74	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,84
4238	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 160+25 mg	56 szt.	05909990830138	2019-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	34,56	44,13	44,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,24
4239	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 320+12,5 mg	28 szt.	05909990830176	2019-09-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	37,80	47,53	47,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,26
4240	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 320+25 mg	28 szt.	05909990830244	2019-09-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	37,80	47,53	47,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,26
4241	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990829927	2019-03-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,80	14,51	12,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,06
4242	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909990829941	2019-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,28	23,20	23,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,96
4243	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990740246	2019-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,74	26,84	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,94
4244	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 160+12,5 mg	56 tabl.	05909990740253	2018-01-01	5 lat	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	38,34	48,10	48,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,43
4245	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 160+12,5 mg	98 szt.	05909990740260	2019-07-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	67,09	81,17	81,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,35
4246	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990740277	2019-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,74	26,84	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,94
4247	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 160+25 mg	56 tabl.	05909990740284	2018-01-01	5 lat	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	38,34	48,10	48,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,43

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
4248	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 160+25 mg	98 szt.	05909990740291	2019-07-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	67,09	81,17	81,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,35
4249	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabletki powlekane, 320+12,5 mg	28 szt.	05909991349721	2018-05-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	25,38	34,49	34,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,35
4250	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 320+12,5 mg	28 szt.	05909990847464	2019-05-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	41,47	51,37	48,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,57
4251	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabletki powlekane, 320+25 mg	28 szt.	05909991349707	2018-05-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	25,38	34,49	34,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,35
4252	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 320+25 mg	28 szt.	05909990847501	2019-05-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	41,47	51,37	48,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,57
4253	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 80+12,5 mg	28 tabl.	05909990740192	2018-01-01	5 lat	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,61	13,26	12,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,81
4254	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 80+12,5 mg	56 tabl.	05909990740208	2018-01-01	5 lat	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,17	25,19	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,29
4255	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 80+12,5 mg	98 szt.	05909990740239	2019-07-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	33,54	42,39	42,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,82
4256	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Tensart HCT, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990704132	2019-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,82	24,82	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,92
4257	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Tensart HCT, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990704262	2019-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,82	24,82	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,92
4258	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valsartan + HCT Genoptim, tabletki powlekane, 160+12,5 mg	28 tabl.	05909991136116	2017-07-01	5 lat	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,61	22,50	22,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,75
4259	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valsartan + HCT Genoptim, tabletki powlekane, 160+25 mg	28 tabl.	05909991136376	2017-07-01	5 lat	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,61	22,50	22,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,75

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
4260	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valsartan + HCT Genoptim, tabletki powlekane, 80+12,5 mg	28 tabl.	05909991135850	2017-07-01	5 lat	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,37	11,96	11,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,59
4261	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valsartan + hydrochlorothiazide Krka, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990847600	2018-07-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,17	25,19	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,29
4262	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valsartan + hydrochlorothiazide Krka, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	05909990847655	2018-07-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,17	25,19	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,29
4263	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtap HCT, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990801961	2020-09-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,10	17,77	17,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,33
4264	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtap HCT, tabl. powl., 160+12,5 mg	56 szt.	05909991067557	2020-09-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,19	33,24	33,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,97
4265	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtap HCT, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	05909990802005	2020-09-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,42	18,10	18,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,43
4266	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtap HCT, tabl. powl., 160+25 mg	56 szt.	05909991067564	2020-09-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,84	33,92	33,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,18
4267	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990862375	2019-05-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,55	27,69	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,79
4268	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	05909990862399	2019-05-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,55	27,69	24,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,79
4269	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990862351	2019-05-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,26	13,94	12,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,49
4270	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990047956	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	34,02	43,45	43,45	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	13,04

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
4271	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909991394400	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	21,82	31,02	31,02	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,31
4272	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909991383886	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	27,00	36,46	36,46	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	10,94
4273	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909991197735	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	68,48	83,87	83,87	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	25,16
4274	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990047901	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	8,74	12,29	10,97	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	4,61
4275	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990047895	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	17,01	22,85	21,93	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	7,50
4276	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	30 szt.	05909991383978	2019-03-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,91	16,70	16,70	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,01

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
4277	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	30 szt.	05909991394318	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,91	16,70	16,70	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,01
4278	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	60 szt.	05909991197728	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	34,25	44,07	44,07	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	13,22
4279	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990660650	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	34,13	43,58	43,58	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	13,07
4280	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 37.5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990660636	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	8,86	12,41	10,97	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	4,73
4281	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990660643	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	17,06	22,90	21,93	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	7,55
4282	Venlafaxinum	Efectin ER 150, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990494019	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	34,51	43,97	43,86	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	13,27

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
4283	Venlafaxinum	Efectin ER 75, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990493913	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	19,50	25,47	21,93	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	10,12
4284	Venlafaxinum	Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990715374	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	34,02	43,45	43,45	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	13,04
4285	Venlafaxinum	Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	28 szt.	05909990715299	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	7,34	10,82	10,82	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	3,25
4286	Venlafaxinum	Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990715350	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	17,01	22,85	21,93	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	7,50
4287	Venlafaxinum	Faxigen XL 150 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990721528	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	28,51	37,67	37,67	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	11,30
4288	Venlafaxinum	Faxigen XL 37,5 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	28 szt.	05909990721498	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	7,13	10,61	10,61	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	3,18

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
4289	Venlafaxinum	Faxigen XL 75 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990721504	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	14,26	19,96	19,96	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,99
4290	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990691883	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	36,29	45,83	43,86	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	15,13
4291	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	28 szt.	05909990691760	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	9,07	12,62	10,97	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	4,94
4292	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990691906	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	17,71	23,59	21,93	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	8,24
4293	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909991377168	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	31,97	41,30	41,30	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	12,39
4294	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	28 szt.	05909991377502	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	7,99	11,50	10,97	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	3,82

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
4295	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909991377359	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	15,98	21,77	21,77	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	6,53
4296	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990795826	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	22,68	31,54	31,54	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,46
4297	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	98 szt.	05909990795833	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	77,76	96,25	96,25	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	28,88
4298	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	28 szt.	05909990795802	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	6,48	9,91	9,91	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	2,97
4299	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	98 szt.	05909990795819	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	22,14	30,33	30,33	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,10
4300	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990795789	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	12,96	18,60	18,60	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	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	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
4301	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	98 szt.	05909990795796	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	42,66	55,39	55,39	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	16,62
4302	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990727520	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	39,00	48,68	43,86	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	17,98
4303	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990727490	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	9,74	13,34	10,97	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,66
4304	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990727506	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	19,49	25,45	21,93	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	10,10
4305	Venlafaxinum	Symfaxin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909991092030	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	22,12	30,96	30,96	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,29
4306	Venlafaxinum	Symfaxin ER, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	28 kaps.	05909991135096	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	6,32	9,75	9,75	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	2,93

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
4307	Venlafaxinum	Symfaxin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909991091996	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	12,83	18,46	18,46	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,54
4308	Venlafaxinum	Velafax, tabl., 37.5 mg	28 szt.	05909991093815	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	9,61	13,20	10,97	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,52
4309	Venlafaxinum	Velafax, tabl., 37.5 mg	56 szt.	05909991093822	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	19,22	25,18	21,93	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,83
4310	Venlafaxinum	Velafax, tabl., 75 mg	28 szt.	05909991093914	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	19,22	25,18	21,93	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,83
4311	Venlafaxinum	Velafax, tabl., 75 mg	56 szt.	05909991093921	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	38,45	48,10	43,86	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	17,40
4312	Venlafaxinum	Velaxin ER 150 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990056293	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	34,56	44,02	43,86	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	13,32

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
4313	Venlafaxinum	Velaxin ER 37,5 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990055982	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	8,64	12,18	10,97	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	4,50
4314	Venlafaxinum	Velaxin ER 75 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990056279	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	17,28	23,13	21,93	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	7,78
4315	Venlafaxinum	Venlafaxine Apotex, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990673803	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	37,37	46,97	43,86	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	16,27
4316	Venlafaxinum	Venlafaxine Apotex, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 37.5 mg	28 szt.	05909990673728	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	9,34	12,92	10,97	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,24
4317	Venlafaxinum	Venlafaxine Apotex, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990673766	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	18,68	24,60	21,93	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,25
4318	Venlafaxinum	Venlafaxine Bluefish XL, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990767625	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	16,42	24,97	24,97	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	7,49

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
4319	Venlafaxinum	Venlafaxine Bluefish XL, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990767601	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	8,21	13,61	13,61	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	4,08
4320	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990424672	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	35,10	44,59	43,86	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	13,89
4321	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 37.5 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990040971	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	8,75	12,30	10,97	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	4,62
4322	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990040995	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	17,39	23,25	21,93	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	7,90
4323	Verapamilum	Staveran 120, tabl. powl., 120 mg	20 tabl.	05909990045419	2018-01-01	5 lat	42.0, Antagoniści wapnia - pochodne fenyloalkiloaminy - werapamil	5,62	8,17	8,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
4324	Verapamilum	Staveran 40, tabl. powl., 40 mg	20 tabl.	05909990045211	2018-01-01	5 lat	42.0, Antagoniści wapnia - pochodne fenyloalkiloaminy - werapamil	2,30	3,21	2,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,21
4325	Verapamilum	Staveran 80, tabl. powl., 80 mg	20 tabl.	05909990045310	2018-01-01	5 lat	42.0, Antagoniści wapnia - pochodne fenyloalkiloaminy - werapamil	4,10	5,88	5,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,63
4326	Vigabatrinum	Sabril, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990312818	<1>2019-01-01/<2>2018-09-01 - dla kolumny 12, 2018-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	162.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - wigabatryna - stałe postacie farmaceutyczne	206,80	235,07	235,07	<1>Padaczka oporna na leczenie	stany napadowe w przebiegu stwardnienia guzowatego - monoterapia	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
4327	Vigabatrinum	Sabril, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990312818	<1>2019-01-01/<2>2018-09-01	3 lata	162.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - wigabatryna - stałe postacie farmaceutyczne	206,80	235,07	235,07	<2>Zespół Westa		ryczałt	3,20
4328	Vigabatrinum	Sabril, granulat do sporządzania roztworu doustnego, 500 mg	50 sasz.	05909990832712	<1>2019-01-01/<2>2018-09-01 - dla kolumny 12, 2018-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	162.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - wigabatryna - płynne postacie farmaceutyczne	120,96	141,86	141,86	<1>Padaczka oporna na leczenie	stany napadowe w przebiegu stwardnienia guzowatego - monoterapia	ryczałt	3,20
4329	Vigabatrinum	Sabril, granulat do sporządzania roztworu doustnego, 500 mg	50 sasz.	05909990832712	<1>2019-01-01/<2>2018-09-01	3 lata	162.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - wigabatryna - płynne postacie farmaceutyczne	120,96	141,86	141,86	<2>Zespół Westa		ryczałt	3,20
4330	Voriconazolum	Voriconazol Polpharma, tabl. powl., 200 mg	20 szt.	05909991063177	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	112.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego – pochodne triazolu – worykonazol	135,79	157,32	139,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka inwazyjnych zakażeń grzybiczych u pacjentów wysokiego ryzyka z zespołami przebiegającymi z niedoborami odporności	ryczałt	21,04
4331	Voriconazolum	Voriconazole Accord, tabl. powl., 200 mg	20 szt.	05909991095840	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	112.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego – pochodne triazolu – worykonazol	118,80	139,48	139,48	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
4332	Voriconazolum	Voriconazole Accord, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05055565731536	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	112.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego – pochodne triazolu – worykonazol	178,20	204,29	204,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka inwazyjnych zakażeń grzybiczych u pacjentów wysokiego ryzyka z zespołami przebiegającymi z niedoborami odporności	ryczałt	3,20
4333	Voriconazolum	Voriconazole Accord, tabl. powl., 50 mg	20 szt.	05909991095741	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	112.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego – pochodne triazolu – worykonazol	29,70	38,37	34,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka inwazyjnych zakażeń grzybiczych u pacjentów wysokiego ryzyka z zespołami przebiegającymi z niedoborami odporności	ryczałt	6,70
4334	Voriconazolum	Voriconazole Mylan, tabl. powl., 200 mg	20 szt.	05909991191917	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	112.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego – pochodne triazolu – worykonazol	130,90	152,19	139,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka inwazyjnych zakażeń grzybiczych u pacjentów wysokiego ryzyka z zespołami przebiegającymi z niedoborami odporności	ryczałt	15,91

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
4335	Vortioxetini hydrobromidum	Brintellix, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05702157142187	2020-01-01	2 lata	225.2, Leki przeciwdepresyjne - wortioksetyna	100,44	119,23	119,23	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych, u których w leczeniu bieżącego epizodu nie uzyskano poprawy mimo zastosowania leku z grupy selektywnych inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny lub z grupy inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny		30%	35,77
4336	Warfarinum	Warfin, tabl., 3 mg	100 szt. (1 słoik po 100 szt.)	05909990622368	2019-01-01	3 lata	21.0, Leki przeciwzakrzepowe z grupy antagonistów witaminy K	14,47	17,86	9,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	12,25
4337	Warfarinum	Warfin, tabl., 5 mg	100 szt. (1 słoik po 100 szt.)	05909990622382	2019-01-01	3 lata	21.0, Leki przeciwzakrzepowe z grupy antagonistów witaminy K	23,33	28,44	16,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	19,08
4338	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	2019-11-01	3 lata	214.1, Alergeny kurzu domowego	1058,40	1151,60	1151,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	33,60
4339	Ziprasidonum	Zypsila, kaps. twarde, 80 mg	56 szt.	05909990681228	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.9, Leki przeciwpsychotyczne - zyprasydon	184,68	211,26	211,26	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	5,97
4340	Zuclopenthixolum	Clopixol, tabl. powl., 10 mg	100 szt. (1 poj.po 100 szt.)	05909990126729	2019-01-01	3 lata	179.4, Leki przeciwpsychotyczne - zuklopentyksol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,94	30,09	20,76	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	9,33
4341	Zuclopenthixolum	Clopixol, tabl. powl., 25 mg	100 szt. (1 poj.po 100 szt.)	05909990126828	2019-01-01	3 lata	179.4, Leki przeciwpsychotyczne - zuklopentyksol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	41,04	51,90	51,90	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
4342	Zuclopenthixolum	Clopixol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 amp.po 1 ml	05909990189212	2019-01-01	3 lata	179.5, Leki przeciwpsychotyczne - zuklopentyksol do podawania pozajelitowego	12,74	17,42	14,19	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	3,23
4343	Zuclopenthixolum	Clopixol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990189229	2019-01-01	3 lata	179.5, Leki przeciwpsychotyczne - zuklopentyksol do podawania pozajelitowego	120,96	141,86	141,86	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00

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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1	Dieta	Infatrini, płyn	3000 ml (24 x 125 ml)	8716900565021	2019-09-01	2 lata	250.1, Dieta stosowana w niedożywieniu związanym z chorobą u niemowląt i dzieci do 6 r.ż.	141,75	161,71	102,80	Postępowanie dietetyczne w niedożywieniu związanym z chorobą podstawową u niemowląt i dzieci do 6 r.ż. – mukowiscydoza, choroby nowotworowe, wrodzone wady serca		ryczałt	62,11
2	Dieta	Infatrini Powder, proszek	400 g	4008976681786	2019-11-01	2 lata	250.1, Dieta stosowana w niedożywieniu związanym z chorobą u niemowląt i dzieci do 6 r.ż.	55,44	68,53	68,53	Postępowanie dietetyczne w niedożywieniu związanym z chorobą podstawową u niemowląt i dzieci do 6 r.ż. – mukowiscydoza, choroby nowotworowe, wrodzone wady serca		ryczałt	3,20
3	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Bebilon pepti 1 DHA, proszek	400 g	5900852031724	2018-11-01	3 lata	217.8, Diety eliminacyjne mlekozastępcze - hydrolizaty białek mleka	26,27	32,20	19,10	Zespoły wrodzonych defektów metabolicznych, alergie pokarmowe i biegunki przewlekłe		30%	18,83
4	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Bebilon Pepti 1 Syneo, proszek	400 g	5900852033957	2020-01-01	2 lata	217.8, Diety eliminacyjne mlekozastępcze - hydrolizaty białek mleka	34,65	40,94	18,72	Zespoły wrodzonych defektów metabolicznych, alergie pokarmowe i biegunki przewlekłe		30%	27,84
5	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Bebilon pepti 2 DHA, proszek	400 g	5900852031748	2018-11-01	3 lata	217.8, Diety eliminacyjne mlekozastępcze - hydrolizaty białek mleka	29,88	38,57	38,40	Zespoły wrodzonych defektów metabolicznych, alergie pokarmowe i biegunki przewlekłe		30%	11,69
6	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Bebilon Pepti 2 Syneo, proszek	400 g	5900852033971	2020-01-01	2 lata	217.8, Diety eliminacyjne mlekozastępcze - hydrolizaty białek mleka	37,28	46,34	38,40	Zespoły wrodzonych defektów metabolicznych, alergie pokarmowe i biegunki przewlekłe		30%	19,46
7	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Humana SL, proszek	650 g	4031244774132	2019-01-01	3 lata	217.1, Diety eliminacyjne mlekozastępcze początkowe przeznaczone dla niemowląt od urodzenia	17,01	22,93	22,93	Zespoły wrodzonych defektów metabolicznych, alergie pokarmowe i biegunki przewlekłe		30%	6,88
8	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Neocate Junior (o smaku neutralnym), proszek	400 g	5016533616170	2019-11-01	3 lata	217.9, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla dzieci > 1 r.ż.	108,15	127,45	121,32	Postępowanie dietetyczne u dzieci w wieku powyżej 1 roku życia w ciężkiej alergii na białka mleka krowiego oraz złożonej nietolerancji białek pokarmowych		ryczałt	9,33
9	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Neocate Junior (o smaku truskawkowym), proszek	400 g	5016533649970	2018-07-01	3 lata	217.9, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla dzieci > 1 r.ż.	108,99	128,33	121,32	Postępowanie dietetyczne u dzieci w wieku powyżej 1 roku życia w ciężkiej alergii na białka mleka krowiego oraz złożonej nietolerancji białek pokarmowych		ryczałt	10,21
10	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Neocate Junior (o smaku waniliowym), proszek	400 g	5016533649956	2018-07-01	3 lata	217.9, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla dzieci > 1 r.ż.	108,99	128,33	121,32	Postępowanie dietetyczne u dzieci w wieku powyżej 1 roku życia w ciężkiej alergii na białka mleka krowiego oraz złożonej nietolerancji białek pokarmowych		ryczałt	10,21
11	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Neocate LCP, proszek	400 g	5016533646740	2019-01-01	3 lata	217.7, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla niemowląt	131,78	153,79	153,79	Postępowanie dietetyczne u niemowląt w ciężkiej alergii na białka mleka krowiego oraz złożonej nietolerancji białek pokarmowych		ryczałt	3,20
12	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Nutramigen 1 LGG, proszek do sporządzania roztworu	400 g	8712045027530	2019-07-01	3 lata	217.8, Diety eliminacyjne mlekozastępcze - hydrolizaty białek mleka	36,75	43,21	19,10	Alergia na białko mleka krowiego, objawy związane z alergią pokarmową związane z nadwrażliwością na białka mleka krowiego, nietolerancja laktozy związana z nadwrażliwością na białka mleka krowiego, wtórna nietolerancja sacharozy związana z nadwrażliwością na białka mleka krowiego, inne alergie związane z nadwrażliwością na białka mleka krowiego, alergia na białko sojowe z nadwrażliwością na białka mleka krowiego		30%	29,84

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
13	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Nutramigen 1 LGG Complete, proszek do sporządzania roztworu	400 g	8712045038819	2020-11-01	2 lata	217.8, Diety eliminacyjne mlekozastępcze - hydrolizaty białek mleka	38,85	45,63	20,46	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%	31,31
14	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Nutramigen 2 LGG, proszek do sporządzania roztworu	400 g	8712045027547	2019-07-01	3 lata	217.8, Diety eliminacyjne mlekozastępcze - hydrolizaty białek mleka	37,80	46,80	37,62	Alergia na białko mleka krowiego, objawy związane z alergią pokarmową związane z nadwrażliwością na białka mleka krowiego, nietolerancja laktozy związana z nadwrażliwością na białka mleka krowiego, wtórna nietolerancja sacharozy związana z nadwrażliwością na białka mleka krowiego, inne alergie związane z nadwrażliwością na białka mleka krowiego, alergia na białko sojowe z nadwrażliwością na białka mleka krowiego		30%	20,47
15	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Nutramigen 2 LGG Complete, proszek do sporządzania roztworu	400 g	8712045038826	2020-11-01	2 lata	217.8, Diety eliminacyjne mlekozastępcze - hydrolizaty białek mleka	40,64	50,19	40,98	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%	21,50
16	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Nutramigen 3 LGG Complete, proszek do sporządzania roztworu	400 g	8712045038833	2020-11-01	2 lata	217.8, Diety eliminacyjne mlekozastępcze - hydrolizaty białek mleka	31,87	40,98	40,98	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%	12,29
17	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Nutramigen PURAMINO, proszek do przygotowania roztworu doustnego	400 g	8712045027554	2019-07-01	3 lata	217.6, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla niemowląt i dzieci	121,80	142,78	142,78	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
18	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Nutramigen PURAMINO JUNIOR, proszek	400 g	8712045037201	2019-05-01	2 lata	217.9, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla dzieci > 1 r.ż.	105,97	125,33	125,33	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
19	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Nutrison advanced Peptisorb Powder, proszek	4 szt. x 125 g (500 g)	8712400763141	2019-01-01	3 lata	217.3, Dieta peptydowa kompletna	39,90	49,31	40,08	Zespoły wrodzonych defektów metabolicznych, alergie pokarmowe i biegunki przewlekłe		30%	21,25
20	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Easiphen o smaku owoców leśnych, płyn doustny	18 x 250 ml (4500 ml)	5016533625929	2019-01-01	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.	500,85	551,54	551,54	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
21	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Lophlex o smaku neutralnym, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej	834 g (30 x 27,8 g)	5016533630992	2019-01-01	3 lata	216.14, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii skondensowane, porcjowane - przeznaczone dla pacjentów powyżej 8 r.ż.	987,00	1074,76	1074,76	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
22	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Lophlex o smaku owoców leśnych, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej	834 g (30 x 27,8 g)	5016533630978	2019-01-01	3 lata	216.14, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii skondensowane, porcjowane - przeznaczone dla pacjentów powyżej 8 r.ż.	987,00	1074,76	1074,76	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
23	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Lophlex o smaku pomarańczowym, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej	834 g (30 x 27,8 g)	5016533630985	2019-01-01	3 lata	216.14, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii skondensowane, porcjowane - przeznaczone dla pacjentów powyżej 8 r.ż.	987,00	1074,76	1074,76	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
24	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Milupa PKU 1, proszek	500 g	5016533644418	2019-01-01	3 lata	216.1, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii skondensowana - przeznaczona dla niemowląt	252,00	283,72	283,72	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
25	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Milupa PKU 1 mix, proszek	450 g	4008976340270	2018-01-01	5 lat	216.3, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii nieskondensowana, z długołańcuchowymi kwasami tłuszczowymi - przeznaczona dla niemowląt	117,60	138,15	138,15	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
26	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Milupa PKU 2 mix, proszek	400 g	4008976340287	2019-01-01	3 lata	216.10, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii zawierająca wszystkie składniki odżywcze, z długołańcuchowymi kwasami tłuszczowymi - przeznaczona dla dzieci po ukończeniu 1 r.ż.	313,95	350,39	350,39	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
27	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Milupa PKU 2 prima, proszek	500 g	5016533644425	2019-01-01	3 lata	216.8, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii skondensowana - przeznaczona dla dzieci po ukończeniu 1 r.ż.	325,50	362,82	362,82	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
28	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Milupa PKU 2 secunda, proszek	500 g	5016533644432	2019-01-01	3 lata	216.11, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii, skondensowana - przeznaczona dla pacjentów powyżej 8 r.ż.	378,00	419,32	419,32	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
29	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Milupa PKU 2 shake choco, proszek	500 g (10 sasz. x 50 g)	4008976599234	2018-01-01	5 lat	216.12, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii z dodatkowymi składnikami energetycznymi (tłuszcze i węglowodany), porcjowane - przeznaczone dla pacjentów powyżej 8 r.ż	262,34	294,85	294,85	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
30	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Milupa PKU 2 shake truskawkowy, proszek	500 g (10 sasz. x 50 g)	4008976599227	2018-01-01	5 lat	216.12, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii z dodatkowymi składnikami energetycznymi (tłuszcze i węglowodany), porcjowane - przeznaczone dla pacjentów powyżej 8 r.ż	262,34	294,85	294,85	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
31	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Milupa PKU 3, tabl. powl.	600 szt. (60 x 10 szt.)	4008976340331	2019-01-01	3 lata	216.6, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii porcjowane, w postaci tabletek powlekanych – przeznaczone dla pacjentów powyżej 15 r.ż.	488,25	537,98	537,98	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	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
32	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Milupa PKU 3 advanta, proszek	500 g	5016533644449	2019-01-01	3 lata	216.5, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii, skondensowana - przeznaczona dla pacjentów powyżej 15 r.ż.	425,25	470,17	470,17	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
33	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Milupa PKU 3 tempora, proszek do sporządzania roztworu doustnego	450 g (10 x 45g)	4008976340294	2019-07-01	3 lata	216.18, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii przeznaczone do stosowania u kobiet w okresie prekoncepcji, podczas ciąży oraz w okresie laktacji	380,10	421,59	421,59	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
34	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Phenyl-Free 1, proszek do sporządzania roztworu	454 g	0300875102138	2019-01-01	3 lata	216.2, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - przeznaczona dla niemowląt i małych dzieci	130,42	152,29	152,29	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
35	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Phenyl-Free 2, proszek do sporządzania roztworu	454 g	0300875100066	2019-01-01	3 lata	216.13, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - przeznaczona dla dzieci i dorosłych	123,45	144,60	144,60	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
36	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Phenyl-Free 2HP, proszek do sporządzania roztworu	454 g	0300875100127	2019-01-01	3 lata	216.16, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - przeznaczona dla dzieci i dorosłych, w tym dla kobiet w ciąży	181,77	208,13	208,13	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
37	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Anamix junior (o smaku czekoladowym), proszek	1080 g (30 sasz.po 36 g)	5016533648225	2018-11-01	3 lata	216.9, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii nieskondensowane, porcjowane - przeznaczone dla dzieci w wieku od 1 do 10 r.ż.	505,44	556,48	556,48	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
38	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Anamix junior (o smaku neutralnym), proszek	1080 g (30 sasz.po 36 g)	5016533648263	2018-11-01	3 lata	216.9, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii nieskondensowane, porcjowane - przeznaczone dla dzieci w wieku od 1 do 10 r.ż.	505,44	556,48	556,48	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
39	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Anamix junior (o smaku owoców leśnych), proszek	1080 g (30 sasz.po 36 g)	5016533648201	2018-11-01	3 lata	216.9, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii nieskondensowane, porcjowane - przeznaczone dla dzieci w wieku od 1 do 10 r.ż.	505,44	556,48	556,48	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
40	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Anamix junior (o smaku pomarańczowym), proszek	1080 g (30 sasz.po 36 g)	5016533648249	2018-11-01	3 lata	216.9, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii nieskondensowane, porcjowane - przeznaczone dla dzieci w wieku od 1 do 10 r.ż.	505,44	556,48	556,48	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
41	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Anamix junior (o smaku waniliowym), proszek	1080 g (30 sasz.po 36 g)	5016533648287	2018-11-01	3 lata	216.9, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii nieskondensowane, porcjowane - przeznaczone dla dzieci w wieku od 1 do 10 r.ż.	505,44	556,48	556,48	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
42	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Cooler 10 Orange, płyn, 10/87 g białka/ml	30 torebek po 87 ml	5060014051370	2018-01-01	5 lat	216.20, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	567,00	622,73	622,73	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
43	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Cooler 10 Purple, płyn, 10/87 g białka/ml	30 torebek po 87 ml	5060014051387	2018-01-01	5 lat	216.20, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	567,00	622,73	622,73	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
44	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Cooler 10 Red, płyn, 10/87 g białka/ml	30 torebek po 87 ml	5060014051363	2018-01-01	5 lat	216.20, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	567,00	622,73	622,73	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
45	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Cooler 10 White, płyn, 10/87 g białka/ml	30 torebek po 87 ml	5060014051394	2018-01-01	5 lat	216.20, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	567,00	622,73	622,73	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
46	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Cooler 10 Yellow, płyn, 10 g białka	30 torebek po 87 ml	5060385941485	2019-07-01	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	567,00	622,73	622,73	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
47	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Cooler 15 Orange, płyn, 15/130 g białka/ml	30 torebek po 130 ml	5060014051424	2018-01-01	5 lat	216.20, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	850,50	927,86	927,86	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
48	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Cooler 15 Purple, płyn, 15/130 g białka/ml	30 torebek po 130 ml	5060014051431	2018-01-01	5 lat	216.20, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	850,50	927,86	927,86	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
49	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Cooler 15 Red, płyn, 15/130 g białka/ml	30 torebek po 130 ml	5060014051417	2018-01-01	5 lat	216.20, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	850,50	927,86	927,86	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
50	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Cooler 15 White, płyn, 15/130 g białka/ml	30 torebek po 130 ml	5060014051479	2018-01-01	5 lat	216.20, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	850,50	927,86	927,86	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
51	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Cooler 15 Yellow, płyn, 15 g białka	30 torebek po 130 ml	5060385941492	2019-09-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	850,50	927,86	927,86	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
52	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Cooler 20 Orange, płyn, 20/174 g białka/ml	30 torebek po 174 ml	5060014051547	2018-01-01	5 lat	216.20, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	1134,00	1232,97	1232,97	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
53	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Cooler 20 Purple, płyn, 20/174 g białka/ml	30 torebek po 174 ml	5060014051554	2018-01-01	5 lat	216.20, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	1134,00	1232,97	1232,97	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
54	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Cooler 20 Red, płyn, 20/174 g białka/ml	30 torebek po 174 ml	5060014051530	2018-01-01	5 lat	216.20, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	1134,00	1232,97	1232,97	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
55	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Cooler 20 White, płyn, 20/174 g białka/ml	30 torebek po 174 ml	5060014051684	2018-01-01	5 lat	216.20, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	1134,00	1232,97	1232,97	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
56	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Cooler 20 Yellow, płyn, 20 g białka	30 torebek po 174 ml	5060385941508	2019-09-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	1134,00	1232,97	1232,97	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
57	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Express 15 o smaku cytrynowym, proszek, 15/25 g białka/g	30 saszetek po 25 g	5060014051745	2018-01-01	5 lat	216.21, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	850,50	927,85	924,45	Fenyloketonuria		ryczałt	6,60
58	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Express 15 o smaku neutralnym, proszek, 15/25 g białka/g	30 saszetek po 25 g	5060014051585	2018-01-01	5 lat	216.21, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	850,50	927,85	924,45	Fenyloketonuria		ryczałt	6,60
59	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Express 15 o smaku owoców tropikalnych, proszek, 15/25 g białka/g	30 saszetek po 25 g	5060014051752	2018-01-01	5 lat	216.21, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	850,50	927,85	924,45	Fenyloketonuria		ryczałt	6,60
60	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Express 15 o smaku pomarańczowym, proszek, 15/25 g białka/g	30 saszetek po 25 g	5060014051738	2018-01-01	5 lat	216.21, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	850,50	927,85	924,45	Fenyloketonuria		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	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
61	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Express 20 o smaku cytrynowym, proszek, 20/34 g białka/g	30 saszetek po 34 g	5060014051776	2018-01-01	5 lat	216.21, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	1134,00	1232,97	1232,97	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
62	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Express 20 o smaku neutralnym, proszek, 20/34 g białka/g	30 saszetek po 34 g	5060014051639	2018-01-01	5 lat	216.21, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	1134,00	1232,97	1232,97	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
63	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Express 20 o smaku owoców tropikalnych, proszek, 20/34 g białka/g	30 saszetek po 34 g	5060014051783	2018-01-01	5 lat	216.21, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	1134,00	1232,97	1232,97	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
64	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Express 20 o smaku pomarańczowym, proszek, 20/34 g białka/g	30 saszetek po 34 g	5060014051769	2018-01-01	5 lat	216.21, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	1134,00	1232,97	1232,97	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
65	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Gel o smaku malinowym, proszek, 10/24 g białka/g	30 saszetek po 24 g	5060014051455	2019-07-01	2 lata	216.22, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla dzieci od 6 m-ca z. do 10 r.z.	603,75	662,29	662,29	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
66	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Gel o smaku neutralnym, proszek, 10/24 g białka/g	30 saszetek po 24 g	5060014051448	2019-07-01	2 lata	216.22, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla dzieci od 6 m-ca z. do 10 r.z.	603,75	662,29	662,29	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
67	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Gel o smaku pomarańczowym, proszek, 10/24 g białka/g	30 saszetek po 24 g	5060014051462	2019-07-01	2 lata	216.22, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla dzieci od 6 m-ca z. do 10 r.z.	603,75	662,29	662,29	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
68	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Lophlex LQ (Berries), płyn doustny, 125 ml	3750 ml (30 x 125 ml)	5016533647686	2019-11-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	979,65	1066,85	1066,85	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
69	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Lophlex LQ (Berries), płyn doustny, 62.5 ml	3750 ml (60 x 62,5 ml)	5016533647693	2019-11-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	979,65	1066,85	1066,85	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
70	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Lophlex LQ (Citrus), płyn doustny, 125 ml	3750 ml (30 x 125 ml)	5016533647747	2019-11-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	979,65	1066,85	1066,85	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
71	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Lophlex LQ (Citrus), płyn doustny, 62.5 ml	3750 ml (60 x 62,5 ml)	5016533647754	2019-11-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	979,65	1066,85	1066,85	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
72	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Lophlex LQ (Orange), płyn doustny, 125 ml	3750 ml (30 x 125 ml)	5016533647716	2019-11-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	979,65	1066,85	1066,85	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
73	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Lophlex LQ (Orange), płyn doustny, 62.5 ml	3750 ml (60 x 62,5 ml)	5016533647723	2019-11-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	979,65	1066,85	1066,85	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
74	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Lophlex LQ (Tropical), płyn doustny, 125 ml	3750 ml (30 x 125 ml)	5016533647778	2019-11-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	979,65	1066,85	1066,85	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
75	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Lophlex LQ (Tropical), płyn doustny, 62.5 ml	3750 ml (60 x 62,5 ml)	5016533647785	2019-11-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	979,65	1066,85	1066,85	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
76	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	XP Analog LCP, proszek do sporządzania roztworu doustnego	400 g	5016533644456	2019-01-01	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.	136,50	159,00	159,00	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	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
77	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	XP Maxamum o smaku pomarańczowym, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej	1500 g (30 x 50 g)	5016533620368	2019-01-01	3 lata	216.17, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii, porcjowana - przeznaczona dla pacjentów powyżej 8 r.ż., w tym dla kobiet w ciąży	887,25	967,40	967,40	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
78	Dieta eliminacyjna z MCT	Bebilon pepti MCT, proszek do sporządzania roztworu doustnego, 2155 kJ/100 g	450 g	8718117600625	2019-01-01	3 lata	217.4, Diety eliminacyjne z MCT	34,13	41,24	25,51	Zespoły wrodzonych defektów metabolicznych, alergie pokarmowe i biegunki przewlekłe		30%	23,38
79	Dieta eliminacyjna z MCT	Humana z MCT, proszek	350 g	4031244774125	2019-01-01	3 lata	217.4, Diety eliminacyjne z MCT	13,02	17,90	17,90	Zespoły wrodzonych defektów metabolicznych, alergie pokarmowe i biegunki przewlekłe		30%	5,37
80	Dieta kompletna zawierająca TGF-beta 2	Modulen IBD, proszek	400 g	7613035091399	2019-07-01	2 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	52,50	65,14	65,14	Indukcja remisji u dzieci i młodzieży powyżej 5 roku życia z czynną postacią choroby Leśniowskiego-Crohna		ryczałt	3,20
81	Dieta mlekozastępcza	Infatrini Peptisorb, płyn doustny	800 ml (4 x 200 ml)	8716900562433	2019-09-01	3 lata	217.3, Dieta peptydowa kompletna	32,45	41,68	41,68	Zespoły wrodzonych defektów metabolicznych, alergie pokarmowe i biegunki przewlekłe		30%	12,50
82	Dieta wysokoenergetyczna	Fortimel Max o smaku truskawkowym, płyn	4 but.po 300 ml (1200 ml)	8716900553578	2018-09-01	3 lata	217.5, Dieta stosowana w mukowiscydozie	48,30	60,29	60,29	Mukowiscydoza		ryczałt	3,20
83	Dieta wysokoenergetyczna	Fortimel Max o smaku waniliowym, płyn	4 but.po 300 ml (1200 ml)	8716900553486	2018-09-01	3 lata	217.5, Dieta stosowana w mukowiscydozie	48,30	60,29	60,29	Mukowiscydoza		ryczałt	3,20

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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1	Dibutyrylochityna	Dibucell Active 10x10 cm, jałowy opatrunek biopolimerowy, 100 cm²	1 szt.	5905669556088	2021-01-01	2 lata	220.15, Opatrunki biopolimerowe	18,90	25,32	25,32	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,60
2	Emplastri alginatosa et hydrofibrica	Medisorb A, opatrunek alginianowy, 10x10 cm²	1 szt.	5900516844714	2019-01-01	3 lata	220.1, Opatrunki alginianowe i hydrowłókienne	6,70	9,68	9,29	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,18
3	Emplastri alginatosa et hydrofibrica	Medisorb A, opatrunek alginianowy, 10x10 cm²	1 szt.	5900516844714	2019-01-01	3 lata	220.1, Opatrunki alginianowe i hydrowłókienne	6,70	9,68	9,29	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,39
4	Emplastri alginatosa et hydrofibrica	Sorbalgon, jałowy opatrunek z alginianów wapnia, 10x10 cm²	1 szt.	4049500217958	2019-01-01	3 lata	220.1, Opatrunki alginianowe i hydrowłókienne	7,54	10,56	9,29	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,06
5	Emplastri alginatosa et hydrofibrica	Sorbalgon, jałowy opatrunek z alginianów wapnia, 10x10 cm²	1 szt.	4049500217958	2019-01-01	3 lata	220.1, Opatrunki alginianowe i hydrowłókienne	7,54	10,56	9,29	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,27
6	Emplastri alginatosa et hydrofibrica	Sorbalgon, jałowy opatrunek z alginianów wapnia, 10x20 cm²	1 szt.	4049500217927	2019-07-01	3 lata	220.1, Opatrunki alginianowe i hydrowłókienne	14,77	19,86	18,58	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,85
7	Emplastri alginatosa et hydrofibrica	Sorbalgon, jałowy opatrunek z alginianów wapnia, 10x20 cm²	1 szt.	4049500217927	2019-07-01	3 lata	220.1, Opatrunki alginianowe i hydrowłókienne	14,77	19,86	18,58	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,28
8	Emplastri alginatosa et hydrofibrica	Sorbalgon, jałowy opatrunek z alginianów wapnia, 5x5 cm²	1 szt.	4049500217965	2019-01-01	3 lata	220.1, Opatrunki alginianowe i hydrowłókienne	3,00	3,86	2,32	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,24
9	Emplastri alginatosa et hydrofibrica	Sorbalgon, jałowy opatrunek z alginianów wapnia, 5x5 cm²	1 szt.	4049500217965	2019-01-01	3 lata	220.1, Opatrunki alginianowe i hydrowłókienne	3,00	3,86	2,32	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,54
10	Emplastri alginatosa et hydrofibrica	Suprasorb A, opatrunek z alginianu wapnia, sterylny, 10x10 cm, opatrunek, 10x10 cm²	1 szt.	4021447013466	2019-01-01	3 lata	220.1, Opatrunki alginianowe i hydrowłókienne	6,43	9,39	9,29	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,89
11	Emplastri alginatosa et hydrofibrica	Suprasorb A, opatrunek z alginianu wapnia, sterylny, 10x20 cm, opatrunek, 10x20 cm²	1 szt.	4021447013480	2019-01-01	3 lata	220.1, Opatrunki alginianowe i hydrowłókienne	13,55	18,58	18,58	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,57
12	Emplastri alginatosa et hydrofibrica	Suprasorb A, opatrunek z alginianu wapnia, sterylny, 5x5 cm, opatrunek, 5x5 cm²	1 szt.	4021447013442	2019-01-01	3 lata	220.1, Opatrunki alginianowe i hydrowłókienne	2,27	3,09	2,32	Przewlekłe owrzodzenia		30%	1,47
13	Emplastri antimicrobiotica	Acticoat Flex 3 10cm x 10cm, opatrunek o rozmiarach 10cm x 10cm pokryty nanokrystalicznym srebrem, 100 cm²	1 szt.	0040565124810	2018-01-01	5 lat	220.13, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające nanokrystaliczne srebro	14,90	19,28	12,23	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,72
14	Emplastri antimicrobiotica	Acticoat Flex 3 10cm x 10cm, opatrunek o rozmiarach 10cm x 10cm pokryty nanokrystalicznym srebrem, 100 cm²	1 szt.	0040565124810	2018-01-01	5 lat	220.13, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające nanokrystaliczne srebro	14,90	19,28	12,23	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	7,05

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
15	Emplastri antimicrobiotica	Acticoat Flex 3 10cm x 20cm, opatrunek o rozmiarach 10cm x 20cm pokryty nanokrystalicznym srebrem, 200 cm²	1 szt.	0040565124858	2018-01-01	5 lat	220.13, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające nanokrystaliczne srebro	25,65	32,63	24,45	Przewlekłe owrzodzenia		30%	15,52
16	Emplastri antimicrobiotica	Acticoat Flex 3 10cm x 20cm, opatrunek o rozmiarach 10cm x 20cm pokryty nanokrystalicznym srebrem, 200 cm²	1 szt.	0040565124858	2018-01-01	5 lat	220.13, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające nanokrystaliczne srebro	25,65	32,63	24,45	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	8,18
17	Emplastri antimicrobiotica	Acticoat Flex 3 20cm x 40cm, opatrunek o rozmiarach 20cm x 40cm pokryty nanokrystalicznym srebrem, 800 cm²	1 szt.	0040565124872	2018-01-01	5 lat	220.13, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające nanokrystaliczne srebro	81,00	97,80	97,80	Przewlekłe owrzodzenia		30%	29,34
18	Emplastri antimicrobiotica	Acticoat Flex 3 20cm x 40cm, opatrunek o rozmiarach 20cm x 40cm pokryty nanokrystalicznym srebrem, 800 cm²	1 szt.	0040565124872	2018-01-01	5 lat	220.13, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające nanokrystaliczne srebro	81,00	97,80	97,80	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
19	Emplastri antimicrobiotica	Actisorb Plus 25, opatrunek, 10,5x10,5 cm²	1 szt.	15051978002970	2019-01-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	15,12	19,99	15,61	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,06
20	Emplastri antimicrobiotica	Actisorb Plus 25, opatrunek, 10,5x19 cm²	1 szt.	15051978002994	2019-01-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	26,95	34,35	28,25	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,58
21	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Adhesive, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 10cm x 10cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 100 cm²	1 szt.	5000223461652	2018-01-01	5 lat	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	11,39	15,83	14,16	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,92
22	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Adhesive, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 10cm x 10cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 100 cm²	1 szt.	5000223461652	2018-01-01	5 lat	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	11,39	15,83	14,16	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,67
23	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Adhesive, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 12,5cm x 12,5cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 12,5x12,5 cm²	1 szt.	5000223462222	2018-11-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	16,99	23,04	22,13	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,55
24	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Adhesive, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 12,5cm x 12,5cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 12,5x12,5 cm²	1 szt.	5000223462222	2018-11-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	16,99	23,04	22,13	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,91

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
25	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Adhesive, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 7,5cm x 7,5cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 56.25 cm²	1 szt.	5000223461621	2018-01-01	5 lat	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	8,21	11,12	7,97	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,54
26	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Adhesive, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 7,5cm x 7,5cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 56.25 cm²	1 szt.	5000223461621	2018-01-01	5 lat	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	8,21	11,12	7,97	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,15
27	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Heel, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 10,5 cm x 13,5 cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 141.75 cm²	1 szt.	5000223461928	2018-01-01	5 lat	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	24,95	31,06	20,07	Przewlekłe owrzodzenia		30%	17,01
28	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Heel, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 10,5 cm x 13,5 cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 141.75 cm²	1 szt.	5000223461928	2018-01-01	5 lat	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	24,95	31,06	20,07	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	10,99
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	2018-05-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	12,37	16,86	14,16	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,95
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	2018-05-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	12,37	16,86	14,16	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,70
31	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Non Adhesive, opatrunek o rozmiarach 15cm x 15cm zawierający sulfadiazynę srebra, 225 cm²	1 szt.	5000223461805	2018-01-01	5 lat	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	32,83	40,97	31,86	Przewlekłe owrzodzenia		30%	18,67
32	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Non Adhesive, opatrunek o rozmiarach 15cm x 15cm zawierający sulfadiazynę srebra, 225 cm²	1 szt.	5000223461805	2018-01-01	5 lat	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	32,83	40,97	31,86	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	9,11

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
33	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Non Adhesive, opatrunek o rozmiarach 20cm x 20cm zawierający sulfadiazynę srebra, 400 cm²	1 szt.	5000223461836	2018-01-01	5 lat	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	45,14	56,64	56,64	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,99
34	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Non Adhesive, opatrunek o rozmiarach 20cm x 20cm zawierający sulfadiazynę srebra, 400 cm²	1 szt.	5000223461836	2018-01-01	5 lat	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	45,14	56,64	56,64	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
35	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Sacrum, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa na okolicę krzyżową o rozmiarze 17cm x 17cm zawierająca sulfadiazynę, 289 cm²	1 szt.	5000223461867	2018-01-01	5 lat	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	32,40	41,66	40,92	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,02
36	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Sacrum, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa na okolicę krzyżową o rozmiarze 17cm x 17cm zawierająca sulfadiazynę, 289 cm²	1 szt.	5000223461867	2018-01-01	5 lat	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	32,40	41,66	40,92	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,74
37	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Sacrum, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa na okolicę krzyżową o rozmiarze 22cm x 22cm zawierająca sulfadiazynę, 484 cm²	1 szt.	5000223461898	2018-01-01	5 lat	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	50,76	63,54	63,54	Przewlekłe owrzodzenia		30%	19,06
38	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Sacrum, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa na okolicę krzyżową o rozmiarze 22cm x 22cm zawierająca sulfadiazynę, 484 cm²	1 szt.	5000223461898	2018-01-01	5 lat	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	50,76	63,54	63,54	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
39	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag - opatrunek hydrofiber ze srebrem, płytki z włókien karboksymetylocelulozy sodowej z dodatkiem srebra, 10x10 cm²	1 szt.	0768455152155	2019-01-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	13,56	18,12	14,16	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,21
40	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag - opatrunek hydrofiber ze srebrem, płytki z włókien karboksymetylocelulozy sodowej z dodatkiem srebra, 10x10 cm²	1 szt.	0768455152155	2019-01-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	13,56	18,12	14,16	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,96

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
41	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag - opatrunek hydrofiber ze srebrem, płytki z włókien karboksymetylocelulozy sodowej z dodatkiem srebra, 15x15 cm²	1 szt.	0768455152162	2019-01-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	30,64	38,67	31,86	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,37
42	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag - opatrunek hydrofiber ze srebrem, płytki z włókien karboksymetylocelulozy sodowej z dodatkiem srebra, 15x15 cm²	1 szt.	0768455152162	2019-01-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	30,64	38,67	31,86	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	6,81
43	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag - opatrunek hydrofiber ze srebrem, płytki z włókien karboksymetylocelulozy sodowej z dodatkiem srebra, 20x30 cm²	1 szt.	0768455152179	2019-01-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	78,34	93,87	84,96	Przewlekłe owrzodzenia		30%	34,40
44	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag - opatrunek hydrofiber ze srebrem, płytki z włókien karboksymetylocelulozy sodowej z dodatkiem srebra, 20x30 cm²	1 szt.	0768455152179	2019-01-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	78,34	93,87	84,96	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	8,91
45	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag - opatrunek hydrofiber ze srebrem, płytki z włókien karboksymetylocelulozy sodowej z dodatkiem srebra, 2x45 cm²	1 szt.	0768455145614	2019-07-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	10,80	14,97	12,74	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,05
46	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag - opatrunek hydrofiber ze srebrem, płytki z włókien karboksymetylocelulozy sodowej z dodatkiem srebra, 2x45 cm²	1 szt.	0768455145614	2019-07-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	10,80	14,97	12,74	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,23
47	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Extra opatrunek hydrofiber z dodatkiem srebra i włókien wzmacniających, opatrunek, 10x10 cm²	1 szt.	0768455127405	2018-11-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	14,57	19,17	14,16	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,26
48	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Extra opatrunek hydrofiber z dodatkiem srebra i włókien wzmacniających, opatrunek, 10x10 cm²	1 szt.	0768455127405	2018-11-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	14,57	19,17	14,16	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	5,01

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
49	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Extra opatrunek hydrofiber z dodatkiem srebra i włókien wzmacniających, opatrunek, 15x15 cm²	1 szt.	0768455127450	2018-11-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	32,66	40,79	31,86	Przewlekłe owrzodzenia		30%	18,49
50	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Extra opatrunek hydrofiber z dodatkiem srebra i włókien wzmacniających, opatrunek, 15x15 cm²	1 szt.	0768455127450	2018-11-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	32,66	40,79	31,86	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	8,93
51	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Extra opatrunek hydrofiber z dodatkiem srebra i włókien wzmacniających, opatrunek, 20x30 cm²	1 szt.	0768455127481	2018-11-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	86,76	102,71	84,96	Przewlekłe owrzodzenia		30%	43,24
52	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Extra opatrunek hydrofiber z dodatkiem srebra i włókien wzmacniających, opatrunek, 20x30 cm²	1 szt.	0768455127481	2018-11-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	86,76	102,71	84,96	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	17,75
53	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Extra opatrunek hydrofiber z dodatkiem srebra i włókien wzmacniających, opatrunek, 5x5 cm²	1 szt.	0768455127375	2018-11-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	3,87	5,24	3,54	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,76
54	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Extra opatrunek hydrofiber z dodatkiem srebra i włókien wzmacniających, opatrunek, 5x5 cm²	1 szt.	0768455127375	2018-11-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	3,87	5,24	3,54	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,70
55	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 10x10 cm²	1 szt.	0768455123889	2019-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	19,90	24,67	15,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,09
56	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 10x10 cm²	1 szt.	0768455123889	2019-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	19,90	24,67	15,11	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	9,56
57	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 15x15 cm²	1 szt.	0768455123896	2019-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	44,12	52,66	34,00	Przewlekłe owrzodzenia		30%	28,86

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
58	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 15x15 cm²	1 szt.	0768455123896	2019-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	44,12	52,66	34,00	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	18,66
59	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 15x20 cm²	1 szt.	0768455129164	2019-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	58,48	69,00	45,33	Przewlekłe owrzodzenia		30%	37,27
60	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 15x20 cm²	1 szt.	0768455129164	2019-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	58,48	69,00	45,33	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	23,67
61	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 20x20 cm²	1 szt.	0768455123902	2019-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	77,98	90,91	60,44	Przewlekłe owrzodzenia		30%	48,60
62	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 20x20 cm²	1 szt.	0768455123902	2019-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	77,98	90,91	60,44	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	30,47
63	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 10x10 cm²	1 szt.	0768455127153	2019-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	19,90	24,67	15,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,09
64	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 10x10 cm²	1 szt.	0768455127153	2019-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	19,90	24,67	15,11	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	9,56
65	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 12,5x12,5 cm²	1 szt.	0768455123773	2019-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	30,78	37,36	23,61	Przewlekłe owrzodzenia		30%	20,83
66	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 12,5x12,5 cm²	1 szt.	0768455123773	2019-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	30,78	37,36	23,61	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	13,75
67	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 17,5x17,5 cm²	1 szt.	0768455123780	2019-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	59,61	70,30	46,27	Przewlekłe owrzodzenia		30%	37,91

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
68	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 17,5x17,5 cm²	1 szt.	0768455123780	2019-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	59,61	70,30	46,27	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	24,03
69	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 19,8x14 cm²	1 szt.	0768455123803	2019-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	53,97	63,88	41,88	Przewlekłe owrzodzenia		30%	34,56
70	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 19,8x14 cm²	1 szt.	0768455123803	2019-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	53,97	63,88	41,88	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	22,00
71	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 20x16,9 cm²	1 szt.	0768455123810	2019-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	65,87	77,41	51,07	Przewlekłe owrzodzenia		30%	41,66
72	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 20x16,9 cm²	1 szt.	0768455123810	2019-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	65,87	77,41	51,07	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	26,34
73	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 21x21 cm²	1 szt.	0768455123797	2019-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	85,87	99,66	66,64	Przewlekłe owrzodzenia		30%	53,01
74	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 21x21 cm²	1 szt.	0768455123797	2019-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	85,87	99,66	66,64	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	33,02
75	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 25x30 cm²	1 szt.	0768455129201	2019-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	146,20	166,26	113,33	Przewlekłe owrzodzenia		30%	86,93
76	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 25x30 cm²	1 szt.	0768455129201	2019-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	146,20	166,26	113,33	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	52,93
77	Emplastri antimicrobiotica	Atrauman Ag 10x10 cm, opatrunek jałowy z maścią zawierający srebro, 100 cm²	1 szt.	4049500586429	2020-09-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	10,80	15,11	15,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,53

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
78	Emplastri antimicrobiotica	Atrauman Ag 10x10 cm, opatrunek jałowy z maścią zawierający srebro, 100 cm²	1 szt.	4049500586429	2020-09-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	10,80	15,11	15,11	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
79	Emplastri antimicrobiotica	Atrauman Ag 10x20 cm, opatrunek jałowy z maścią zawierający srebro, 200 cm²	1 szt.	4049500586436	2020-09-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	21,60	28,58	28,58	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,57
80	Emplastri antimicrobiotica	Atrauman Ag 10x20 cm, opatrunek jałowy z maścią zawierający srebro, 200 cm²	1 szt.	4049500586436	2020-09-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	21,60	28,58	28,58	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
81	Emplastri antimicrobiotica	Atrauman Ag 5x5 cm, opatrunek jałowy z maścią zawierający srebro, 25 cm²	1 szt.	4049500586412	2020-09-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	3,89	5,22	3,78	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,57
82	Emplastri antimicrobiotica	Atrauman Ag 5x5 cm, opatrunek jałowy z maścią zawierający srebro, 25 cm²	1 szt.	4049500586412	2020-09-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	3,89	5,22	3,78	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,44
83	Emplastri antimicrobiotica	Biatain Ag Adhesive, przylepny opatrunek piankowy ze srebrem, 15x15 cm²	1 szt.	5708932551601	2019-05-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	30,24	38,25	31,86	Przewlekłe owrzodzenia		30%	15,95
84	Emplastri antimicrobiotica	Biatain Ag Adhesive, przylepny opatrunek piankowy ze srebrem, 18x18 cm²	1 szt.	5708932861496	2018-05-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	42,56	52,95	45,88	Przewlekłe owrzodzenia		30%	20,83
85	Emplastri antimicrobiotica	Biatain Ag Adhesive Heel, przylepny opatrunek piankowy ze srebrem, na piętę, 19x20 cm²	1 szt.	5708932551632	2019-05-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	55,08	66,83	53,81	Przewlekłe owrzodzenia		30%	29,16
86	Emplastri antimicrobiotica	Biatain Ag Adhesive Sacral, przylepny opatrunek piankowy ze srebrem, na okolicę krzyżową, 23x23 cm²	1 szt.	5708932861489	2018-05-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	68,80	83,01	74,91	Przewlekłe owrzodzenia		30%	30,57

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
87	Emplastri antimicrobiotica	Biatain Ag Non Adhesive, nieprzylepny opatrunek piankowy ze srebrem, 10x20 cm²	1 szt.	5708932861519	2018-05-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	26,20	33,56	28,32	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,74
88	Emplastri antimicrobiotica	Biatain Ag Non Adhesive, nieprzylepny opatrunek piankowy ze srebrem, 10x20 cm²	1 szt.	5708932861519	2018-05-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	26,20	33,56	28,32	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	5,24
89	Emplastri antimicrobiotica	Biatain Ag Non Adhesive, opatrunek piankowy ze srebrem, nieprzylepny, 15x15 cm²	1 szt.	5708932481922	2019-01-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	30,24	38,25	31,86	Przewlekłe owrzodzenia		30%	15,95
90	Emplastri antimicrobiotica	Biatain Ag Non Adhesive, opatrunek piankowy ze srebrem, nieprzylepny, 15x15 cm²	1 szt.	5708932481922	2019-01-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	30,24	38,25	31,86	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	6,39
91	Emplastri antimicrobiotica	Biatain Ag Non Adhesive, nieprzylepny opatrunek piankowy ze srebrem, 20x20 cm²	1 szt.	5708932861502	2018-05-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	52,55	64,42	56,64	Przewlekłe owrzodzenia		30%	24,77
92	Emplastri antimicrobiotica	Biatain Ag Non Adhesive, nieprzylepny opatrunek piankowy ze srebrem, 20x20 cm²	1 szt.	5708932861502	2018-05-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	52,55	64,42	56,64	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	7,78
93	Emplastri antimicrobiotica	Biatain Alginate Ag, miękki opatrunek alginianowy ze srebrem, w taśmie, 3x44 cm²	1 szt.	5708932552660	2019-05-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	18,52	24,08	18,69	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,00
94	Emplastri antimicrobiotica	Biatain Alginate Ag, miękki opatrunek alginianowy ze srebrem, w taśmie, 3x44 cm²	1 szt.	5708932552660	2019-05-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	18,52	24,08	18,69	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	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	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
95	Emplastri antimicrobiotica	Mepilex Ag, opatrunek, 10x21 cm²	1 szt.	7332430941374	2019-07-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	25,65	33,17	29,74	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,35
96	Emplastri antimicrobiotica	Mepilex Ag, opatrunek, 10x21 cm²	1 szt.	7332430941374	2019-07-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	25,65	33,17	29,74	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,43
97	Emplastri antimicrobiotica	Mepilex Ag, opatrunek, 12,5x12,5 cm²	1 szt.	7332430941367	2019-07-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	19,98	26,18	22,13	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,69
98	Emplastri antimicrobiotica	Mepilex Ag, opatrunek, 12,5x12,5 cm²	1 szt.	7332430941367	2019-07-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	19,98	26,18	22,13	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	4,05
99	Emplastri antimicrobiotica	Mepilex Ag, opatrunek, 17,5x17,5 cm²	1 szt.	7332430941381	2019-07-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	37,42	47,23	43,37	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,87
100	Emplastri antimicrobiotica	Mepilex Ag, opatrunek, 17,5x17,5 cm²	1 szt.	7332430941381	2019-07-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	37,42	47,23	43,37	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,86
101	Emplastri antimicrobiotica	Mepilex Ag, opatrunek, 6x8,5 cm²	1 szt.	7332551027056	2019-07-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	6,59	9,23	7,22	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,18
102	Emplastri antimicrobiotica	Mepilex Ag, opatrunek, 6x8,5 cm²	1 szt.	7332551027056	2019-07-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	6,59	9,23	7,22	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,01
103	Emplastri antimicrobiotica	Silvercel Hydro-Alginate, opatrunek, 10 x 20 cm	1 szt.	15051978002291	2018-11-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	37,80	45,59	30,22	Przewlekłe owrzodzenia		30%	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	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
104	Emplastri antimicrobiotica	Silvercel Hydro-Alginate, opatrunek, 11 x 11 cm	1 szt.	15051978002321	2018-11-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	22,68	28,05	18,28	Przewlekłe owrzodzenia		30%	15,25
105	Emplastri antimicrobiotica	Suprasorb A+Ag ,opatrunek alginianowy ze srebrem jonowym, sterylny, 10x20 cm, opatrunek, 10x20 cm²	1 szt.	4021447930381	2019-01-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	26,57	33,95	28,32	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,13
106	Emplastri antimicrobiotica	Suprasorb A+Ag, opatrunek alginianowy ze srebrem jonowym, sterylny, 10x10 cm, opatrunek, 10x10 cm²	1 szt.	4021447930350	2019-01-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	14,04	18,61	14,16	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,70
107	Emplastri antimicrobiotica	UrgoClean Ag, opatrunek na rany, 10x10 cm	1 szt.	3546895520737	2017-05-01	5 lat	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	18,25	22,93	15,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,35
108	Emplastri antimicrobiotica	UrgoClean Ag, opatrunek na rany, 15x20 cm	1 szt.	3546895520744	2017-05-01	5 lat	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	54,97	65,32	45,33	Przewlekłe owrzodzenia		30%	33,59
109	Emplastri antimicrobiotica	UrgoClean Ag, opatrunek na rany, 6x6 cm	1 szt.	3546895520720	2017-05-01	5 lat	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	6,59	8,55	5,44	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,74
110	Emplastri antimicrobiotica	UrgoTul Ag/Silver; 10 cm x 12 cm, opatrunek na rany, 10x12 cm²	1 szt.	3546895518017	2019-07-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	21,28	26,57	18,13	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,88
111	Emplastri antimicrobiotica	UrgoTul Ag/Silver; 15 cm x 20 cm, opatrunek na rany, 15x20 cm²	1 szt.	3546895518024	<1>2019-07-01/<2>2018-07-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	52,38	62,60	45,33	<1>Przewlekłe owrzodzenia		30%	30,87
112	Emplastri antimicrobiotica	UrgoTul Ag/Silver; 15 cm x 20 cm, opatrunek na rany, 15x20 cm²	1 szt.	3546895518024	<1>2019-07-01/<2>2018-07-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	52,38	62,60	45,33	<2>Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	17,27

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
113	Emplastri antimicrobiotica	Vliwaktiv Ag ,opatrunek węglowy, ze srebrem chłonny , sterylny,10x10 cm, opatrunek, 10x10 cm²	1 szt.	4021447309323	2019-01-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	12,15	16,62	14,16	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,71
114	Emplastri antimicrobiotica	Vliwaktiv Ag opatrunek węglowy, ze srebrem, sterylny,10x10 cm, tamponada do ran głębokich, opatrunek, 10x10 cm²	1 szt.	4021447309200	2019-01-01	3 lata	220.7, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra	9,07	12,86	12,86	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,86
115	Emplastri carbo activatus	Vliwaktiv opatrunek węglowy, chłonny , sterylny, 10x10 cm, opatrunek, 10x10 cm²	1 szt.	4021447037493	2019-01-01	3 lata	220.8, Opatrunki z węglem aktywowanym	4,21	6,19	6,19	Przewlekłe owrzodzenia		30%	1,86
116	Emplastri collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 10x10 cm²	1 szt.	0768455132027	2019-09-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	17,67	22,32	15,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,74
117	Emplastri collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 10x10 cm²	1 szt.	0768455132027	2019-09-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	17,67	22,32	15,11	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	7,21
118	Emplastri collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 15x15 cm²	1 szt.	0768455132034	2019-09-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	39,75	48,07	34,00	Przewlekłe owrzodzenia		30%	24,27
119	Emplastri collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 15x15 cm²	1 szt.	0768455132034	2019-09-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	39,75	48,07	34,00	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	14,07
120	Emplastri collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 20x30 cm²	1 szt.	0768455132041	2019-09-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	111,15	128,00	90,66	Przewlekłe owrzodzenia		30%	64,54
121	Emplastri collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 20x30 cm²	1 szt.	0768455132041	2019-09-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	111,15	128,00	90,66	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	37,34
122	Emplastri collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 5x5 cm²	1 szt.	0768455132010	2019-09-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	4,58	5,95	3,78	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,30
123	Emplastri collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 5x5 cm²	1 szt.	0768455132010	2019-09-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	4,58	5,95	3,78	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,17

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
124	Emplastri collagenosa	Fibracol Plus, opatrunek, 10,2 x 11,1 cm	1 szt.	15051978001096	2018-11-01	3 lata	220.9, Opatrunki kolagenowe	61,56	71,25	31,83	Przewlekłe owrzodzenia		30%	48,97
125	Emplastri collagenosa	Fibracol Plus, opatrunek, 10,2 x 11,1 cm	1 szt.	15051978001096	2018-11-01	3 lata	220.9, Opatrunki kolagenowe	61,56	71,25	31,83	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	39,42
126	Emplastri collagenosa	Fibracol Plus, opatrunek, 10,2 x 22,2 cm	1 szt.	15051978001102	2018-11-01	3 lata	220.9, Opatrunki kolagenowe	116,64	132,45	63,66	Przewlekłe owrzodzenia		30%	87,89
127	Emplastri collagenosa	Fibracol Plus, opatrunek, 10,2 x 22,2 cm	1 szt.	15051978001102	2018-11-01	3 lata	220.9, Opatrunki kolagenowe	116,64	132,45	63,66	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	68,79
128	Emplastri collagenosa	HydroClean plus, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płucząco-absorpcyjnym i substancją antybakteryjną, 10x10 cm²	1 szt.	4049500890922	2019-07-01	3 lata	220.9, Opatrunki kolagenowe	55,67	64,58	28,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	44,90
129	Emplastri collagenosa	HydroClean plus, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płucząco-absorpcyjnym i substancją antybakteryjną, 10x10 cm²	1 szt.	4049500890922	2019-07-01	3 lata	220.9, Opatrunki kolagenowe	55,67	64,58	28,11	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	36,47
130	Emplastri collagenosa	HydroClean plus, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płucząco-absorpcyjnym i substancją antybakteryjną, 7,5x7,5 cm²	1 szt.	4049500890915	2019-07-01	3 lata	220.9, Opatrunki kolagenowe	31,32	37,11	15,81	Przewlekłe owrzodzenia		30%	26,04
131	Emplastri collagenosa	HydroClean plus, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płucząco-absorpcyjnym i substancją antybakteryjną, 7,5x7,5 cm²	1 szt.	4049500890915	2019-07-01	3 lata	220.9, Opatrunki kolagenowe	31,32	37,11	15,81	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	21,30
132	Emplastri collagenosa	HydroClean plus cavity, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płucząco-absorpcyjnym i substancją antybakteryjną, 7,5x7,5 cm²	1 szt.	4049500890946	2019-07-01	3 lata	220.9, Opatrunki kolagenowe	31,32	37,11	15,81	Przewlekłe owrzodzenia		30%	26,04
133	Emplastri collagenosa	HydroClean plus cavity, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płucząco-absorpcyjnym i substancją antybakteryjną, 7,5x7,5 cm²	1 szt.	4049500890946	2019-07-01	3 lata	220.9, Opatrunki kolagenowe	31,32	37,11	15,81	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	21,30
134	Emplastri collagenosa	Intrasite Conformable 10x10 cm, opatrunek hydrożelowy, 100 cm²	1 szt.	5000223422486	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	9,50	13,47	13,47	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,04
135	Emplastri collagenosa	Intrasite Conformable 10x10 cm, opatrunek hydrożelowy, 100 cm²	1 szt.	5000223422486	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	9,50	13,47	13,47	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
136	Emplastri collagenosa	Intrasite Conformable 10x20 cm, opatrunek hydrożelowy, 200 cm²	1 szt.	5000223422493	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	19,01	25,45	25,45	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,64
137	Emplastri collagenosa	Intrasite Conformable 10x20 cm, opatrunek hydrożelowy, 200 cm²	1 szt.	5000223422493	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	19,01	25,45	25,45	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
138	Emplastri collagenosa	Intrasite Conformable 10x40 cm, opatrunek hydrożelowy, 400 cm²	1 szt.	5000223422509	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	38,02	48,41	48,41	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,52
139	Emplastri collagenosa	Intrasite Conformable 10x40 cm, opatrunek hydrożelowy, 400 cm²	1 szt.	5000223422509	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	38,02	48,41	48,41	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
140	Emplastri collagenosa	Mepilex Border Ag, opatrunek, 12,5x12,5 cm²	1 szt.	7332551816421	2018-07-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	30,24	36,79	23,61	Przewlekłe owrzodzenia		30%	20,26
141	Emplastri collagenosa	Mepilex Border Ag, opatrunek, 12,5x12,5 cm²	1 szt.	7332551816421	2018-07-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	30,24	36,79	23,61	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	13,18
142	Emplastri collagenosa	Mepilex Border Ag, opatrunek, 17,5x17,5 cm²	1 szt.	7332551816483	2018-07-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	59,40	70,08	46,27	Przewlekłe owrzodzenia		30%	37,69
143	Emplastri collagenosa	Mepilex Border Ag, opatrunek, 17,5x17,5 cm²	1 szt.	7332551816483	2018-07-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	59,40	70,08	46,27	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	23,81
144	Emplastri collagenosa	Sorelex, opatrunek, 10x10 cm²	1 szt.	8595163717817	2019-03-01	3 lata	220.9, Opatrunki kolagenowe	29,16	36,75	28,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	17,07
145	Emplastri collagenosa	Suprasorb C, opatrunek kolagenowy, sterylny 6x8x0,8 cm, opatrunek, 6x8 cm²	1 szt.	4021447013862	2019-01-01	3 lata	220.9, Opatrunki kolagenowe	27,00	32,17	13,49	Przewlekłe owrzodzenia		30%	22,73
146	Emplastri collagenosa	Suprasorb C, opatrunek kolagenowy, sterylny 8x12x0,8 cm, opatrunek, 8x12 cm²	1 szt.	4021447013886	2019-01-01	3 lata	220.9, Opatrunki kolagenowe	54,00	62,68	26,99	Przewlekłe owrzodzenia		30%	43,79
147	Emplastri collagenosa	UrgoStart Contact 10x12 cm, opatrunek na rany, 120 cm²	1 szt.	3546894554863	2019-11-01	3 lata	220.9, Opatrunki kolagenowe	35,64	44,27	33,74	Przewlekłe owrzodzenia		30%	20,65
148	Emplastri collagenosa	UrgoStart Contact 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm²	1 szt.	3546894554870	2019-11-01	3 lata	220.9, Opatrunki kolagenowe	69,12	84,34	84,34	Przewlekłe owrzodzenia		30%	25,30
149	Emplastri collagenosa	UrgoStart Plus Border 12x12 cm, opatrunek na rany, 144 cm²	1 szt.	3546894530669	2019-11-01	3 lata	220.9, Opatrunki kolagenowe	43,89	53,81	40,48	Przewlekłe owrzodzenia		30%	25,47
150	Emplastri collagenosa	UrgoStart Plus Border 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm²	1 szt.	3546894549517	2019-11-01	3 lata	220.9, Opatrunki kolagenowe	69,12	84,34	84,34	Przewlekłe owrzodzenia		30%	25,30
151	Emplastri collagenosa	UrgoStart Plus Pad 10x12 cm, opatrunek na rany, 120 cm²	1 szt.	3546894554887	2019-11-01	3 lata	220.9, Opatrunki kolagenowe	35,64	44,27	33,74	Przewlekłe owrzodzenia		30%	20,65
152	Emplastri collagenosa	UrgoStart Plus Pad 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm²	1 szt.	3546894554894	2019-11-01	3 lata	220.9, Opatrunki kolagenowe	69,12	84,34	84,34	Przewlekłe owrzodzenia		30%	25,30
153	Emplastri conlativi	Clean WND, opatrunek specjalistyczny, 15x20 cm²	1 szt.	8681349103922	2019-11-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	15,07	20,48	20,48	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,14
154	Emplastri conlativi	Clean WND, opatrunek specjalistyczny, 15x20 cm²	1 szt.	8681349103922	2019-11-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	15,07	20,48	20,48	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
155	Emplastri conlativi	HydroTac, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 10x10 cm²	1 szt.	4049500737043	2019-07-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	8,16	10,66	6,83	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,88
156	Emplastri conlativi	HydroTac, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 10x10 cm²	1 szt.	4049500737043	2019-07-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	8,16	10,66	6,83	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,83
157	Emplastri conlativi	HydroTac, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 10x20 cm²	1 szt.	4049500737074	2019-05-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	17,58	22,07	13,65	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,52
158	Emplastri conlativi	HydroTac, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 10x20 cm²	1 szt.	4049500737074	2019-05-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	17,58	22,07	13,65	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	8,42
159	Emplastri conlativi	HydroTac, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 15x15 cm²	1 szt.	4049500737258	2019-05-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	19,20	24,03	15,36	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,28
160	Emplastri conlativi	HydroTac, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 15x15 cm²	1 szt.	4049500737258	2019-05-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	19,20	24,03	15,36	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	8,67
161	Emplastri conlativi	HydroTac, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 20x20 cm²	1 szt.	4049500737401	2019-05-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	29,68	36,83	27,31	Przewlekłe owrzodzenia		30%	17,71
162	Emplastri conlativi	HydroTac, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 20x20 cm²	1 szt.	4049500737401	2019-05-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	29,68	36,83	27,31	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	9,52
163	Emplastri conlativi	HydroTac comfort, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 12,5x12,5 cm²	1 szt.	4049500736534	2019-07-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	7,93	11,30	10,67	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,83
164	Emplastri conlativi	HydroTac comfort, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 12,5x12,5 cm²	1 szt.	4049500736534	2019-07-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	7,93	11,30	10,67	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,63
165	Emplastri conlativi	HydroTac comfort, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 15x15 cm²	1 szt.	4049500736596	2019-05-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	11,88	16,34	15,36	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,59
166	Emplastri conlativi	HydroTac comfort, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 15x15 cm²	1 szt.	4049500736596	2019-05-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	11,88	16,34	15,36	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,98

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
167	Emplastri conlativi	HydroTac comfort, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 20x20 cm²	1 szt.	4049500736749	2019-05-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	20,35	27,04	27,04	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,11
168	Emplastri conlativi	HydroTac comfort, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 20x20 cm²	1 szt.	4049500736749	2019-05-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	20,35	27,04	27,04	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
169	Emplastri conlativi	Suprasorb X+PHMB, opatrunek, z uwodnionej celulozy hydrobalans z PHMB, sterylny, 5x5 cm, opatrunek, 5x5 cm²	1 szt.	4021447931289	2019-01-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	10,04	11,07	1,71	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,87
170	Emplastri hydrocolloidosa	Biatain Silicone, opatrunek piankowy z silikonem, 12,5x12,5 cm²	1 szt.	5708932699136	2019-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	16,09	21,51	21,05	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,78
171	Emplastri hydrocolloidosa	Bordered Granuflex - obramowany opatrunek hydrokoloidowy, opatrunek, 10x10 cm²	1 szt.	0768455150946	2019-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	6,35	8,69	6,76	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,96
172	Emplastri hydrocolloidosa	Bordered Granuflex - obramowany opatrunek hydrokoloidowy, opatrunek, 10x10 cm²	1 szt.	0768455150946	2019-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	6,35	8,69	6,76	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,93
173	Emplastri hydrocolloidosa	Bordered Granuflex - obramowany opatrunek hydrokoloidowy, opatrunek, 10x13 cm²	1 szt.	0768455150953	2019-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	8,39	11,29	8,78	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,14
174	Emplastri hydrocolloidosa	Bordered Granuflex - obramowany opatrunek hydrokoloidowy, opatrunek, 10x13 cm²	1 szt.	0768455150953	2019-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	8,39	11,29	8,78	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,51
175	Emplastri hydrocolloidosa	Bordered Granuflex - obramowany opatrunek hydrokoloidowy, opatrunek, 15x15 cm²	1 szt.	0768455150892	2019-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	11,52	15,88	15,20	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,24
176	Emplastri hydrocolloidosa	Bordered Granuflex - obramowany opatrunek hydrokoloidowy, opatrunek, 15x15 cm²	1 szt.	0768455150892	2019-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	11,52	15,88	15,20	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,68
177	Emplastri hydrocolloidosa	Bordered Granuflex - obramowany opatrunek hydrokoloidowy, opatrunek, 6x6 cm²	1 szt.	0768455150885	2019-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	3,18	4,07	2,43	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,37
178	Emplastri hydrocolloidosa	Bordered Granuflex - obramowany opatrunek hydrokoloidowy, opatrunek, 6x6 cm²	1 szt.	0768455150885	2019-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	3,18	4,07	2,43	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,64
179	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy, opatrunek hydrokoloidowy, 10x10 cm²	1 szt.	0768455150823	2019-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	5,05	7,32	6,76	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,59
180	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy, opatrunek hydrokoloidowy, 10x10 cm²	1 szt.	0768455150823	2019-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	5,05	7,32	6,76	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,56
181	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy, opatrunek hydrokoloidowy, 15x15 cm²	1 szt.	0768455150816	2019-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	10,88	15,20	15,20	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,56
182	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy, opatrunek hydrokoloidowy, 15x15 cm²	1 szt.	0768455150816	2019-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	10,88	15,20	15,20	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
183	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy, opatrunek hydrokoloidowy, 15x20 cm²	1 szt.	0768455150809	2019-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	15,06	20,35	20,27	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,16
184	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy, opatrunek hydrokoloidowy, 15x20 cm²	1 szt.	0768455150809	2019-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	15,06	20,35	20,27	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,08
185	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy, opatrunek hydrokoloidowy, 20x20 cm²	1 szt.	0768455150847	2019-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	19,84	26,37	26,37	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,91

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
186	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy, opatrunek hydrokoloidowy, 20x20 cm²	1 szt.	0768455150847	2019-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	19,84	26,37	26,37	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
187	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex - pasta hydrokoloidowa, pasta, 30 g	30 g	0768455094950	2019-01-01	3 lata	220.11, Opatrunki w postaci pasty	7,88	11,25	11,25	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,38
188	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex - pasta hydrokoloidowa, pasta, 30 g	30 g	0768455094950	2019-01-01	3 lata	220.11, Opatrunki w postaci pasty	7,88	11,25	11,25	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
189	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylny, 10x10 cm²	1 szt.	0768455157242	2019-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	4,97	7,24	6,76	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,51
190	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylny, 10x10 cm²	1 szt.	0768455157242	2019-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	4,97	7,24	6,76	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,48
191	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylny, 15x15 cm²	1 szt.	0768455157259	2019-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	11,01	15,34	15,20	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,70
192	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylny, 15x15 cm²	1 szt.	0768455157259	2019-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	11,01	15,34	15,20	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,14
193	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylny, 7,5x7,5 cm²	1 szt.	0768455150854	2019-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	2,83	4,11	3,80	Przewlekłe owrzodzenia		30%	1,45
194	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylny, 7,5x7,5 cm²	1 szt.	0768455150854	2019-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	2,83	4,11	3,80	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,31
195	Emplastri hydrocolloidosa	Hydrocoll, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 10x10 cm²	1 szt.	4049500222464	2019-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	7,45	9,84	6,76	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,11
196	Emplastri hydrocolloidosa	Hydrocoll, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 10x10 cm²	1 szt.	4049500222464	2019-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	7,45	9,84	6,76	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,08
197	Emplastri hydrocolloidosa	Hydrocoll, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 15x15 cm²	1 szt.	4049500222471	2019-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	19,44	24,19	15,20	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,55
198	Emplastri hydrocolloidosa	Hydrocoll, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 15x15 cm²	1 szt.	4049500222471	2019-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	19,44	24,19	15,20	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	8,99
199	Emplastri hydrocolloidosa	Hydrocoll, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 20x20 cm²	1 szt.	4049500222488	2019-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	31,32	38,43	27,02	Przewlekłe owrzodzenia		30%	19,52
200	Emplastri hydrocolloidosa	Hydrocoll, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 20x20 cm²	1 szt.	4049500222488	2019-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	31,32	38,43	27,02	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	11,41
201	Emplastri hydrocolloidosa	Hydrocoll concave, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 8x12 cm²	1 szt.	4049500222501	2019-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	15,50	18,23	6,49	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,69
202	Emplastri hydrocolloidosa	Hydrocoll sacral, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 12x18 cm²	1 szt.	4049500222259	2019-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	24,01	28,90	14,59	Przewlekłe owrzodzenia		30%	18,69
203	Emplastri hydrocolloidosa	Hydrocoll thin, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 10x10 cm²	1 szt.	4049500222525	2019-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	6,59	8,94	6,76	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,21
204	Emplastri hydrocolloidosa	Hydrocoll thin, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 10x10 cm²	1 szt.	4049500222525	2019-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	6,59	8,94	6,76	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,18

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
205	Emplastri hydrocolloidosa	Hydrocoll thin, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 15x15 cm²	1 szt.	4049500222532	2019-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	11,61	15,97	15,20	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,33
206	Emplastri hydrocolloidosa	Hydrocoll thin, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 15x15 cm²	1 szt.	4049500222532	2019-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	11,61	15,97	15,20	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,77
207	Emplastri hydrocolloidosa	Lomatuell Pro Opatrunek kontaktowy z warstwą hydrokoloidową 10x10 cm, opatrunek, 10x10 cm²	1 szt.	4021447546964	2019-11-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	4,75	7,01	6,76	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,28
208	Emplastri hydrocolloidosa	Lomatuell Pro Opatrunek kontaktowy z warstwą hydrokoloidową 10x10 cm, opatrunek, 10x10 cm²	1 szt.	4021447546964	2019-11-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	4,75	7,01	6,76	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,25
209	Emplastri hydrocolloidosa	Lomatuell Pro Opatrunek kontaktowy z warstwą hydrokoloidową 10x20 cm, opatrunek, 10x20 cm²	1 szt.	4021447546995	2019-11-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	9,50	13,51	13,51	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,05
210	Emplastri hydrocolloidosa	Lomatuell Pro Opatrunek kontaktowy z warstwą hydrokoloidową 10x20 cm, opatrunek, 10x20 cm²	1 szt.	4021447546995	2019-11-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	9,50	13,51	13,51	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
211	Emplastri hydrocolloidosa	Medisorb H, opatrunek hydrokoloidowy, 10x10 cm²	1 szt.	5900516844721	2019-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	4,75	7,01	6,76	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,28
212	Emplastri hydrocolloidosa	Medisorb H, opatrunek hydrokoloidowy, 10x10 cm²	1 szt.	5900516844721	2019-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	4,75	7,01	6,76	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,25
213	Emplastri hydrocolloidosa	Medisorb H, opatrunek hydrokoloidowy, 15x15 cm²	1 szt.	5900516844745	2019-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	10,80	15,12	15,12	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,54
214	Emplastri hydrocolloidosa	Medisorb H, opatrunek hydrokoloidowy, 15x15 cm²	1 szt.	5900516844745	2019-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	10,80	15,12	15,12	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
215	Emplastri hydrocolloidosa	Medisorb H, opatrunek hydrokoloidowy, 20x20 cm²	1 szt.	5900516849290	2018-11-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	18,90	25,39	25,39	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,62
216	Emplastri hydrocolloidosa	Medisorb H, opatrunek hydrokoloidowy, 20x20 cm²	1 szt.	5900516849290	2018-11-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	18,90	25,39	25,39	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
217	Emplastri hydrocolloidosa	Suprasorb H, opatrunek hydrokoloidowy, cienki sterylny, 10x10 cm, opatrunek, 10x10 cm²	1 szt.	4021447013268	2019-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	4,81	7,07	6,76	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,34
218	Emplastri hydrocolloidosa	Suprasorb H, opatrunek hydrokoloidowy, standard, sterylny, 10x10 cm, opatrunek, 10x10 cm²	1 szt.	4021447914978	2019-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	4,95	7,21	6,76	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,48
219	Emplastri hydrocolloidosa	Suprasorb H, opatrunek hydrokoloidowy, standard, sterylny, 15x15 cm, opatrunek, 15x15 cm²	1 szt.	4021447013077	2019-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	10,79	15,11	15,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,53
220	Emplastri hydrocolloidosa	Suprasorb H, opatrunek hydrokoloidowy, standard, sterylny, 20x20 cm, opatrunek, 20x20 cm²	1 szt.	4021447013091	2019-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	19,33	25,84	25,84	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,75
221	Emplastri hydropolymerosa	Aqua-Gel, opatrunek hydrożelowy, 10x12 cm²	1 szt.	5900656000056	2019-01-01	3 lata	220.5, Opatrunki hydrożelowe	5,81	8,39	7,80	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,93
222	Emplastri hydropolymerosa	Aqua-Gel, opatrunek hydrożelowy, 10x12 cm²	1 szt.	5900656000056	2019-01-01	3 lata	220.5, Opatrunki hydrożelowe	5,81	8,39	7,80	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,59
223	Emplastri hydropolymerosa	Aqua-Gel, opatrunek hydrożelowy, 12x12 cm²	1 szt.	5900656000063	2019-01-01	3 lata	220.5, Opatrunki hydrożelowe	6,89	9,88	9,36	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,33

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
224	Emplastri hydropolymerosa	Aqua-Gel, opatrunek hydrożelowy, 12x12 cm²	1 szt.	5900656000063	2019-01-01	3 lata	220.5, Opatrunki hydrożelowe	6,89	9,88	9,36	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,52
225	Emplastri hydropolymerosa	Aqua-Gel, opatrunek hydrożelowy, 12x24 cm²	1 szt.	5900656000070	2019-01-01	3 lata	220.5, Opatrunki hydrożelowe	13,66	18,71	18,71	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,61
226	Emplastri hydropolymerosa	Aqua-Gel, opatrunek hydrożelowy, 12x24 cm²	1 szt.	5900656000070	2019-01-01	3 lata	220.5, Opatrunki hydrożelowe	13,66	18,71	18,71	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
227	Emplastri hydropolymerosa	Aqua-Gel, opatrunek hydrożelowy, 6x12 cm²	1 szt.	5900656000032	2019-01-01	3 lata	220.5, Opatrunki hydrożelowe	4,08	5,71	4,68	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,43
228	Emplastri hydropolymerosa	Aqua-Gel, opatrunek hydrożelowy, 6x12 cm²	1 szt.	5900656000032	2019-01-01	3 lata	220.5, Opatrunki hydrożelowe	4,08	5,71	4,68	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,03
229	Emplastri hydropolymerosa	Intrasite Gel, sterylny, czysty amorficznie hydrożel składający się ze zmodyfikowanego polimeru karboksymetylo celulozy, glikolu, 15 g	1 szt.	0000050223480	2018-01-01	5 lat	220.12, Opatrunki w postaci żelu	8,64	10,62	4,54	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,44
230	Emplastri hydropolymerosa	Intrasite Gel, sterylny, czysty amorficznie hydrożel składający się ze zmodyfikowanego polimeru karboksymetylo celulozy, glikolu, 15 g	1 szt.	0000050223480	2018-01-01	5 lat	220.12, Opatrunki w postaci żelu	8,64	10,62	4,54	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	6,08
231	Emplastri hydropolymerosa	Medisorb G, opatrunek w postaci żelu, 15 g	1 szt.	5900516849306	2018-11-01	3 lata	220.12, Opatrunki w postaci żelu	8,75	10,74	4,54	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,56
232	Emplastri hydropolymerosa	Medisorb G, opatrunek w postaci żelu, 15 g	1 szt.	5900516849306	2018-11-01	3 lata	220.12, Opatrunki w postaci żelu	8,75	10,74	4,54	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	6,20
233	Emplastri hydropolymerosa	Microdacyn 60 Hydrogel, żel, 120 g	1 szt.	7503006698958	2020-03-01	3 lata	220.12, Opatrunki w postaci żelu	39,96	49,11	36,29	Przewlekłe owrzodzenia		30%	23,71
234	Emplastri hydropolymerosa	Microdacyn 60 Hydrogel, żel, 120 g	1 szt.	7503006698958	2020-03-01	3 lata	220.12, Opatrunki w postaci żelu	39,96	49,11	36,29	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	12,82
235	Emplastri hydropolymerosa	Microdacyn 60 Hydrogel, żel, 250 g	1 szt.	7503006698965	2020-03-01	3 lata	220.12, Opatrunki w postaci żelu	61,56	75,60	75,60	Przewlekłe owrzodzenia		30%	22,68
236	Emplastri hydropolymerosa	Microdacyn 60 Hydrogel, żel, 250 g	1 szt.	7503006698965	2020-03-01	3 lata	220.12, Opatrunki w postaci żelu	61,56	75,60	75,60	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
237	Emplastri microfibricum cellulosae	Adaptic, opatrunek, 12,7x22,9 cm²	1 szt.	15051978000174	2019-03-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	28,08	36,33	36,33	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,90
238	Emplastri microfibricum cellulosae	Adaptic, opatrunek, 12,7x22,9 cm²	1 szt.	15051978000174	2019-03-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	28,08	36,33	36,33	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
239	Emplastri microfibricum cellulosae	Adaptic, opatrunek, 7,6x40,6 cm²	1 szt.	15051978000167	2019-03-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	29,70	38,31	38,31	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,49
240	Emplastri microfibricum cellulosae	Adaptic, opatrunek, 7,6x40,6 cm²	1 szt.	15051978000167	2019-03-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	29,70	38,31	38,31	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
241	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border 10x10 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 100 cm²	1 szt.	5000223463908	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	6,80	10,63	10,63	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,19
242	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border 10x10 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 100 cm²	1 szt.	5000223463908	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	6,80	10,63	10,63	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
243	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border 10x20 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 200 cm²	1 szt.	5000223476182	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	14,04	20,23	20,23	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,07
244	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border 10x20 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 200 cm²	1 szt.	5000223476182	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	14,04	20,23	20,23	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
245	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border 12,5x12,5 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 156.25 cm²	1 szt.	5000223463960	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	10,69	15,84	15,84	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,75
246	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border 12,5x12,5 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 156.25 cm²	1 szt.	5000223463960	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	10,69	15,84	15,84	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
247	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border 17,5x17,5 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 306.25 cm²	1 szt.	5000223463991	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	21,49	29,64	29,64	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,89
248	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border 17,5x17,5 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 306.25 cm²	1 szt.	5000223463991	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	21,49	29,64	29,64	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
249	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border 7,5x7,5 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 56.25 cm²	1 szt.	5000223463878	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	4,16	6,55	6,55	Przewlekłe owrzodzenia		30%	1,97
250	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border 7,5x7,5 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 56.25 cm²	1 szt.	5000223463878	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	4,16	6,55	6,55	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
251	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border Heel 23x23,2 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 471 cm²	1 szt.	5000223465230	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	33,48	44,35	44,35	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,31
252	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border Heel 23x23,2 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 471 cm²	1 szt.	5000223465230	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	33,48	44,35	44,35	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
253	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border Lite 10x10 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 100 cm²	1 szt.	5000223475499	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	6,80	10,63	10,63	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,19
254	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border Lite 10x10 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 100 cm²	1 szt.	5000223475499	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	6,80	10,63	10,63	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
255	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border Lite 15x15 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 225 cm²	1 szt.	5000223475581	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	16,20	22,88	22,88	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,86
256	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border Lite 15x15 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 225 cm²	1 szt.	5000223475581	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	16,20	22,88	22,88	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
257	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border Lite 8x8 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 64 cm²	1 szt.	5000223475611	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	4,63	7,28	7,28	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,18
258	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border Lite 8x8 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 64 cm²	1 szt.	5000223475611	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	4,63	7,28	7,28	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
259	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border Lite Oval 15,2x13,1 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 156 cm²	1 szt.	5000223476885	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	11,23	16,40	16,40	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,92
260	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border Lite Oval 15,2x13,1 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 156 cm²	1 szt.	5000223476885	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	11,23	16,40	16,40	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
261	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border Multisite 17,1x17,9 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 225 cm²	1 szt.	5000223476502	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	15,66	22,31	22,31	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,69
262	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border Multisite 17,1x17,9 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 225 cm²	1 szt.	5000223476502	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	15,66	22,31	22,31	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
263	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Life, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 12,9cm x 12,9cm, 146 cm²	1 szt.	5000223478018	2019-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	15,39	20,57	19,67	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,80
264	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Life, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 12,9cm x 12,9cm, 146 cm²	1 szt.	5000223478018	2019-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	15,39	20,57	19,67	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,90
265	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Life, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 15,4cm x 15,4cm, 211 cm²	1 szt.	5000223478049	2019-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	22,25	29,02	28,42	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,13
266	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Life, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 15,4cm x 15,4cm, 211 cm²	1 szt.	5000223478049	2019-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	22,25	29,02	28,42	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,60
267	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Life, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 21cm x 21cm, 392 cm²	1 szt.	5000223478070	2019-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	41,04	51,46	51,46	Przewlekłe owrzodzenia		30%	15,44
268	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Life, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 10,3cm x 10,3cm, 93 cm²	1 szt.	5000223477981	2019-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	9,88	13,65	12,53	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,88
269	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Life, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 10,3cm x 10,3cm, 93 cm²	1 szt.	5000223477981	2019-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	9,88	13,65	12,53	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,12
270	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Life Heel, 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	2019-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	54,43	67,09	67,09	Przewlekłe owrzodzenia		30%	20,13
271	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Life Sacrum, 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	2019-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	23,22	30,40	30,40	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,12

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
272	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Life Sacrum, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym na okolicę krzyżową o rozmiarze 21,6cm x 23cm, 386 cm²	1 szt.	5000223481452	2019-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	37,56	47,72	47,72	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,32
273	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem włókien wzmacniających, opatrunek, 10x10 cm²	1 szt.	0768455125616	2018-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	11,23	15,28	13,47	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,85
274	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem włókien wzmacniających, opatrunek, 10x10 cm²	1 szt.	0768455125616	2018-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	11,23	15,28	13,47	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,81
275	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem włókien wzmacniających, opatrunek, 15x15 cm²	1 szt.	0768455125630	2018-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	25,26	32,39	30,31	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,17
276	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem włókien wzmacniających, opatrunek, 15x15 cm²	1 szt.	0768455125630	2018-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	25,26	32,39	30,31	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,08
277	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem włókien wzmacniających, opatrunek, 5x5 cm²	1 szt.	0768455125586	2018-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	3,28	4,45	3,37	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,09
278	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem włókien wzmacniających, opatrunek, 5x5 cm²	1 szt.	0768455125586	2018-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	3,28	4,45	3,37	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,08
279	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 10x10 cm²	1 szt.	0768455123834	2018-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	10,69	14,71	13,47	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,28
280	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 10x10 cm²	1 szt.	0768455123834	2018-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	10,69	14,71	13,47	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,24
281	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 10x10 cm²	1 szt.	0768455127115	2018-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	10,69	14,71	13,47	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,28
282	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 10x10 cm²	1 szt.	0768455127115	2018-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	10,69	14,71	13,47	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,24
283	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 12,5x12,5 cm²	1 szt.	0768455123711	2018-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	16,70	22,16	21,05	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,43
284	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 12,5x12,5 cm²	1 szt.	0768455123711	2018-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	16,70	22,16	21,05	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,11
285	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 14x19,8 cm²	1 szt.	0768455123759	2018-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	29,64	37,76	37,34	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,62
286	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 14x19,8 cm²	1 szt.	0768455123759	2018-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	29,64	37,76	37,34	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,42

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
287	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 15x15 cm²	1 szt.	0768455123841	2018-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	24,06	31,13	30,31	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,91
288	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 15x15 cm²	1 szt.	0768455123841	2018-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	24,06	31,13	30,31	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,82
289	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 15x20 cm²	1 szt.	0768455123865	2018-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	32,08	40,68	40,41	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,39
290	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 15x20 cm²	1 szt.	0768455123865	2018-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	32,08	40,68	40,41	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,27
291	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 16,9x20 cm²	1 szt.	0768455123766	2018-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	36,14	45,51	45,51	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,65
292	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 16,9x20 cm²	1 szt.	0768455123766	2018-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	36,14	45,51	45,51	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
293	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 17,5x17,5 cm²	1 szt.	0768455123728	2018-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	32,73	41,45	41,25	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,58
294	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 17,5x17,5 cm²	1 szt.	0768455123728	2018-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	32,73	41,45	41,25	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,20
295	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 20x20 cm²	1 szt.	0768455123858	2018-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	42,29	52,89	52,89	Przewlekłe owrzodzenia		30%	15,87
296	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 20x20 cm²	1 szt.	0768455123858	2018-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	42,29	52,89	52,89	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
297	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 21x21 cm²	1 szt.	0768455123735	2018-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	47,15	58,41	58,41	Przewlekłe owrzodzenia		30%	17,52
298	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 21x21 cm²	1 szt.	0768455123735	2018-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	47,15	58,41	58,41	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
299	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 25x30 cm²	1 szt.	0768455123742	2018-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	80,19	96,18	96,18	Przewlekłe owrzodzenia		30%	28,85
300	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 25x30 cm²	1 szt.	0768455123742	2018-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	80,19	96,18	96,18	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
301	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Adhesive, samoprzylepny opatrunek piankowy, 10x10 cm²	1 szt.	5708932861557	2018-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	10,32	14,33	13,47	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,90
302	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Adhesive, samoprzylepny opatrunek piankowy, 12,5x12,5 cm²	1 szt.	5708932861571	2018-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	16,09	21,51	21,05	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,78

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
303	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Adhesive, samoprzylepny opatrunek piankowy, 18x18 cm²	1 szt.	5708932861564	2018-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	33,45	42,47	42,47	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,74
304	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Adhesive, samoprzylepny opatrunek piankowy, 7,5x7,5 cm²	1 szt.	5708932861540	2018-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	5,82	8,29	7,58	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,98
305	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Adhesive Heel, samoprzylepny opatrunek piankowy na piętę, 19x20 cm²	1 szt.	5708932861526	2018-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	38,63	48,75	48,75	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,63
306	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Adhesive Sacral, samoprzylepny opatrunek piankowy na okolicę krzyżową, 23x23 cm²	1 szt.	5708932861533	2018-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	53,87	66,34	66,34	Przewlekłe owrzodzenia		30%	19,90
307	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Non Adhesive 10x10 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy, 100 cm²	1 szt.	5708932476300	2021-03-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	11,19	15,24	13,47	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,81
308	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Non Adhesive 10x10 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy, 100 cm²	1 szt.	5708932476300	2021-03-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	11,19	15,24	13,47	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,77
309	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Non Adhesive 15x15 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy, 225 cm²	1 szt.	5708932476294	2021-03-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	24,12	31,20	30,31	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,98
310	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Non Adhesive 15x15 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy, 225 cm²	1 szt.	5708932476294	2021-03-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	24,12	31,20	30,31	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,89
311	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Super Adhesive, przylepny opatrunek hydrokapilarny, 10x10 cm²	1 szt.	5708932551540	2019-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	11,38	15,43	13,47	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,00
312	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Super Adhesive, przylepny opatrunek hydrokapilarny, 15x15 cm²	1 szt.	5708932551571	2019-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	25,62	32,77	30,31	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,55
313	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Super Adhesive, samoprzylepny opatrunek hydrokapilarny, 20x20 cm²	1 szt.	5708932861588	2018-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	41,36	51,92	51,92	Przewlekłe owrzodzenia		30%	15,58
314	Emplastri microfibricum cellulosae	Durafiber 10x10 cm, opatrunek włókninowy, żelowy, chłonny, 100 cm²	1 szt.	5000223466695	2019-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	9,88	13,86	13,47	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,43
315	Emplastri microfibricum cellulosae	Durafiber 15x15 cm, opatrunek włókninowy, żelowy, chłonny, 225 cm²	1 szt.	5000223466725	2019-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	22,19	29,17	29,17	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,75
316	Emplastri microfibricum cellulosae	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny, opatrunek, 10x10 cm²	1 szt.	0768455142231	2017-11-01	5 lat	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	8,82	12,75	12,75	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,83
317	Emplastri microfibricum cellulosae	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny, opatrunek, 10x10 cm²	1 szt.	0768455142231	2017-11-01	5 lat	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	8,82	12,75	12,75	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
318	Emplastri microfibricum cellulosae	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny, opatrunek, 15x15 cm²	1 szt.	0768455142248	2017-11-01	5 lat	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	19,85	26,71	26,71	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,01

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
319	Emplastri microfibricum cellulosae	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny, opatrunek, 15x15 cm²	1 szt.	0768455142248	2017-11-01	5 lat	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	19,85	26,71	26,71	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
320	Emplastri microfibricum cellulosae	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny, opatrunek, 5,5x12 cm²	1 szt.	0768455142255	2017-11-01	5 lat	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	6,17	8,96	8,89	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,74
321	Emplastri microfibricum cellulosae	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny, opatrunek, 5,5x12 cm²	1 szt.	0768455142255	2017-11-01	5 lat	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	6,17	8,96	8,89	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,07
322	Emplastri microfibricum cellulosae	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny, opatrunek, 8x8 cm²	1 szt.	0768455142224	2017-11-01	5 lat	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	5,65	8,35	8,35	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,51
323	Emplastri microfibricum cellulosae	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny, opatrunek, 8x8 cm²	1 szt.	0768455142224	2017-11-01	5 lat	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	5,65	8,35	8,35	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
324	Emplastri microfibricum cellulosae	Inadine, opatrunek, 5x5 cm²	1 szt.	15051978004257	2019-01-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	3,67	4,84	3,37	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,48
325	Emplastri microfibricum cellulosae	Inadine, opatrunek, 5x5 cm²	1 szt.	15051978004257	2019-01-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	3,67	4,84	3,37	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,47
326	Emplastri microfibricum cellulosae	Inadine, opatrunek, 9,5x9,5 cm²	1 szt.	15051978004264	2019-01-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	10,26	13,97	12,16	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,46
327	Emplastri microfibricum cellulosae	Inadine, opatrunek, 9,5x9,5 cm²	1 szt.	15051978004264	2019-01-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	10,26	13,97	12,16	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,81
328	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex 10x21 cm, opatrunek, 210 cm²	1 szt.	7332430504999	2019-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	21,49	28,20	28,20	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,46
329	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex 10x21 cm, opatrunek, 210 cm²	1 szt.	7332430504999	2019-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	21,49	28,20	28,20	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
330	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm²	1 szt.	7332430446459	2019-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	17,28	22,76	21,05	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,03
331	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm²	1 szt.	7332430446459	2019-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	17,28	22,76	21,05	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,71
332	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm²	1 szt.	7332430505019	2019-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	32,18	40,87	40,87	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,26
333	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm²	1 szt.	7332430505019	2019-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	32,18	40,87	40,87	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
334	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex 20x50 cm, opatrunek, 1000 cm²	1 szt.	7332551306441	2019-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	127,44	147,30	134,70	Przewlekłe owrzodzenia		30%	53,01

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
335	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex 20x50 cm, opatrunek, 1000 cm²	1 szt.	7332551306441	2019-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	127,44	147,30	134,70	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	12,60
336	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Border 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm²	1 szt.	7332430446527	2019-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	17,06	22,53	21,05	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,80
337	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Border 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm²	1 szt.	7332430446527	2019-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	17,06	22,53	21,05	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,48
338	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Border 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm²	1 szt.	7332430497116	2019-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	32,18	40,87	40,87	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,26
339	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Border 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm²	1 szt.	7332430497116	2019-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	32,18	40,87	40,87	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
340	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Border 17,5x23 cm, opatrunek, 402.5 cm²	1 szt.	7332430497123	2019-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	41,15	51,73	51,73	Przewlekłe owrzodzenia		30%	15,52
341	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Border 17,5x23 cm, opatrunek, 402.5 cm²	1 szt.	7332430497123	2019-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	41,15	51,73	51,73	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
342	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Border 7,5x8,5 cm, opatrunek, 63.75 cm²	1 szt.	7332430500670	2019-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	7,72	10,52	8,59	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,51
343	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Border 7,5x8,5 cm, opatrunek, 63.75 cm²	1 szt.	7332430500670	2019-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	7,72	10,52	8,59	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,93
344	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Border EM 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm²	1 szt.	7332430529152	2019-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	17,28	22,76	21,05	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,03
345	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Border EM 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm²	1 szt.	7332430529152	2019-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	17,28	22,76	21,05	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,71
346	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Border EM 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm²	1 szt.	7332430529206	2019-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	32,18	40,87	40,87	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,26
347	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Border EM 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm²	1 szt.	7332430529206	2019-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	32,18	40,87	40,87	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
348	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Border EM 7,5x8,5 cm, opatrunek, 63.75 cm²	1 szt.	7332430529107	2019-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	7,83	10,63	8,59	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,62
349	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Border EM 7,5x8,5 cm, opatrunek, 63.75 cm²	1 szt.	7332430529107	2019-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	7,83	10,63	8,59	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,04
350	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex EM 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm²	1 szt.	7332430666598	2019-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	17,37	22,86	21,05	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,13

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
351	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex EM 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm²	1 szt.	7332430666598	2019-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	17,37	22,86	21,05	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,81
352	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex EM 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm²	1 szt.	7332430666642	2019-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	31,80	40,47	40,47	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,14
353	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex EM 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm²	1 szt.	7332430666642	2019-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	31,80	40,47	40,47	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
354	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex EM 7,5x8,5 cm, opatrunek, 63.75 cm²	1 szt.	7332430666505	2019-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	7,86	10,66	8,59	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,65
355	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex EM 7,5x8,5 cm, opatrunek, 63.75 cm²	1 szt.	7332430666505	2019-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	7,86	10,66	8,59	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,07
356	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Talon 13X21 cm, opatrunek, 273 cm²	1 szt.	7332430727572	2019-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	21,98	29,67	29,67	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,90
357	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Talon 13X21 cm, opatrunek, 273 cm²	1 szt.	7332430727572	2019-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	21,98	29,67	29,67	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
358	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Transfer 15x20 cm, opatrunek jałowy, 300 cm²	1 szt.	7332430008800	2019-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	43,85	53,03	40,41	Przewlekłe owrzodzenia		30%	24,74
359	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Transfer 15x20 cm, opatrunek jałowy, 300 cm²	1 szt.	7332430008800	2019-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	43,85	53,03	40,41	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	12,62
360	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepitel 7,5x10 cm, opatrunek jałowy, 75 cm²	1 szt.	7310792907108	2019-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	8,69	11,87	10,10	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,80
361	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepitel 7,5x10 cm, opatrunek jałowy, 75 cm²	1 szt.	7310792907108	2019-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	8,69	11,87	10,10	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,77
362	Emplastri microfibricum cellulosae	Sorbact Absorption Dressing (Sorbact opatrunek absorpcyjny), opatrunek absorpcyjny wiążący bakterie, 10x10 cm²	1 szt.	7392130182224	2019-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	10,80	14,83	13,47	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,40
363	Emplastri microfibricum cellulosae	Sorbact Absorption Dressing (Sorbact opatrunek absorpcyjny), opatrunek absorpcyjny wiążący bakterie, 10x10 cm²	1 szt.	7392130182224	2019-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	10,80	14,83	13,47	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,36
364	Emplastri microfibricum cellulosae	Sorbact Absorption Dressing (Sorbact opatrunek absorpcyjny), opatrunek absorpcyjny wiążący bakterie, 10x20 cm²	1 szt.	7392130182231	2018-01-01	5 lat	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	20,75	27,28	26,94	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,42
365	Emplastri microfibricum cellulosae	Sorbact Absorption Dressing (Sorbact opatrunek absorpcyjny), opatrunek absorpcyjny wiążący bakterie, 10x20 cm²	1 szt.	7392130182231	2018-01-01	5 lat	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	20,75	27,28	26,94	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,34
366	Emplastri microfibricum cellulosae	Sorbact Compress (Sorbact kompres), kompres wiążący bakterie, 7x9 cm²	1 szt.	7392130181258	2019-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	7,28	10,03	8,49	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,09

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
367	Emplastri microfibricum cellulosae	Sorbact Compress (Sorbact kompres), kompres wiążący bakterie, 7x9 cm²	1 szt.	7392130181258	2019-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	7,28	10,03	8,49	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,54
368	Emplastri microfibricum cellulosae	Sorbact gel, opatrunek żelowy adsorbujący bakterie, 7,5x15 cm²	1 szt.	7392130181371	2018-01-01	5 lat	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	11,66	15,99	15,15	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,39
369	Emplastri microfibricum cellulosae	Sorbact gel, opatrunek żelowy adsorbujący bakterie, 7,5x15 cm²	1 szt.	7392130181371	2018-01-01	5 lat	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	11,66	15,99	15,15	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,84
370	Emplastri microfibricum cellulosae	Sorbact opatrunek piankowy, opatrunek piankowy, 15x15 cm²	1 szt.	7392130183153	2018-01-01	5 lat	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	20,53	27,43	27,43	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,23
371	Emplastri microfibricum cellulosae	Sorbact opatrunek piankowy, opatrunek piankowy, 15x15 cm²	1 szt.	7392130183153	2018-01-01	5 lat	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	20,53	27,43	27,43	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
372	Emplastri microfibricum cellulosae	Sorbact Ribbon Gauze (Sorbact taśma z gazy), taśma z gazy wiążąca bakterie, 2x50 cm²	1 szt.	7392130181210	2018-01-01	5 lat	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	10,37	14,38	13,47	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,95
373	Emplastri microfibricum cellulosae	Sorbact Ribbon Gauze (Sorbact taśma z gazy), taśma z gazy wiążąca bakterie, 2x50 cm²	1 szt.	7392130181210	2018-01-01	5 lat	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	10,37	14,38	13,47	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,91
374	Emplastri microfibricum cellulosae	Sorbact Ribbon Gauze (Sorbact taśma z gazy), taśma z gazy wiążąca bakterie, 5x200 cm²	1 szt.	7392130181203	2019-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	25,90	40,70	40,70	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,21
375	Emplastri microfibricum cellulosae	Sorbact Ribbon Gauze (Sorbact taśma z gazy), taśma z gazy wiążąca bakterie, 5x200 cm²	1 szt.	7392130181203	2019-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	25,90	40,70	40,70	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
376	Emplastri microfibricum cellulosae	Sorbact Superabsorbent, jałowy opatrunek z superabsorbentem wiążący bakterie i grzyby, 10x10 cm²	1 szt.	7392130185010	2019-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	10,26	14,26	13,47	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,83
377	Emplastri microfibricum cellulosae	Sorbact Superabsorbent, jałowy opatrunek z superabsorbentem wiążący bakterie i grzyby, 10x10 cm²	1 szt.	7392130185010	2019-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	10,26	14,26	13,47	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,79
378	Emplastri microfibricum cellulosae	Sorbact Superabsorbent, jałowy opatrunek z superabsorbentem wiążący bakterie i grzyby, 10x20 cm²	1 szt.	7392130185027	2019-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	20,52	27,04	26,94	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,18
379	Emplastri microfibricum cellulosae	Sorbact Superabsorbent, jałowy opatrunek z superabsorbentem wiążący bakterie i grzyby, 10x20 cm²	1 szt.	7392130185027	2019-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	20,52	27,04	26,94	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,10
380	Emplastri microfibricum cellulosae	Sorbact Superabsorbent, jałowy opatrunek z superabsorbentem wiążący bakterie i grzyby, 20x20 cm²	1 szt.	7392130185034	2019-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	41,04	51,58	51,58	Przewlekłe owrzodzenia		30%	15,47
381	Emplastri microfibricum cellulosae	Sorbact Superabsorbent, jałowy opatrunek z superabsorbentem wiążący bakterie i grzyby, 20x20 cm²	1 szt.	7392130185034	2019-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	41,04	51,58	51,58	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
382	Emplastri microfibricum cellulosae	Sorbact Superabsorbent, jałowy opatrunek z superabsorbentem wiążący bakterie i grzyby, 20x30 cm²	1 szt.	7392130185041	2019-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	61,56	75,13	75,13	Przewlekłe owrzodzenia		30%	22,54

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
383	Emplastri microfibricum cellulosae	Sorbact Superabsorbent, jałowy opatrunek z superabsorbentem wiążący bakterie i grzyby, 20x30 cm²	1 szt.	7392130185041	2019-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	61,56	75,13	75,13	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
384	Emplastri microfibricum cellulosae	Tielle, opatrunek, 11x11 cm²	1 szt.	15051978001171	2019-03-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	12,42	16,95	16,30	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,54
385	Emplastri microfibricum cellulosae	Tielle, opatrunek, 15x15 cm²	1 szt.	15051978000648	2019-03-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	23,09	30,11	30,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,03
386	Emplastri microfibricum cellulosae	Tielle, opatrunek, 15x20 cm²	1 szt.	15051978000587	2019-03-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	30,78	39,31	39,31	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,79
387	Emplastri microfibricum cellulosae	Tielle Non Adhesive, opatrunek, 10x10 cm²	1 szt.	15051978004585	2019-03-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	10,26	14,26	13,47	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,83
388	Emplastri microfibricum cellulosae	Tielle Non Adhesive, opatrunek, 10x10 cm²	1 szt.	15051978004585	2019-03-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	10,26	14,26	13,47	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,79
389	Emplastri microfibricum cellulosae	Tielle Non Adhesive, opatrunek, 15x15 cm²	1 szt.	15051978004646	2019-03-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	23,09	30,11	30,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,03
390	Emplastri microfibricum cellulosae	Tielle Non Adhesive, opatrunek, 15x15 cm²	1 szt.	15051978004646	2019-03-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	23,09	30,11	30,11	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
391	Emplastri microfibricum cellulosae	Tielle Non Adhesive, opatrunek, 22x21 cm²	1 szt.	15051978004714	2019-03-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	47,40	58,88	58,88	Przewlekłe owrzodzenia		30%	17,66
392	Emplastri microfibricum cellulosae	Tielle Non Adhesive, opatrunek, 22x21 cm²	1 szt.	15051978004714	2019-03-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	47,40	58,88	58,88	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
393	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoClean, opatrunek na rany, 10x10 cm	1 szt.	3546895520270	2017-05-01	5 lat	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	10,26	14,26	13,47	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,83
394	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoClean, opatrunek na rany, 15x15 cm	1 szt.	3546895520287	2017-05-01	5 lat	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	23,22	30,25	30,25	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,08
395	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoClean, opatrunek na rany, 15x20 cm	1 szt.	3546895520294	2017-05-01	5 lat	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	31,10	39,65	39,65	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,90
396	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoClean, opatrunek na rany, 6x6 cm	1 szt.	3546895520263	2017-05-01	5 lat	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	3,67	5,27	4,85	Przewlekłe owrzodzenia		30%	1,88
397	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoClean ROPE, opatrunek na rany, 40x5 cm	1 szt.	3546895520300	2017-05-01	5 lat	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	20,74	27,27	26,94	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,41
398	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb Border Sacrum; 20 cm x 20 cm, opatrunek na rany, 20x20 cm²	1 szt.	3546895518147	2019-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	38,88	49,31	49,31	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,79

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
399	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb Border; 10 cm x 10 cm, opatrunek na rany, 10x10 cm²	1 szt.	3546895518116	2019-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	9,72	13,70	13,47	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,27
400	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb Border; 13 cm x 13 cm, opatrunek na rany, 13x13 cm²	1 szt.	3546895518123	2019-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	16,43	22,12	22,12	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,64
401	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb Border; 15 cm x 20 cm, opatrunek na rany, 15x20 cm²	1 szt.	3546895518130	2019-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	29,16	37,61	37,61	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,28
402	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb Border; 8 cm x 8 cm, opatrunek na rany, 8x8 cm²	1 szt.	3546895518109	2019-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	6,22	8,95	8,62	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,92
403	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb Heel; 12 cm x 19 cm, opatrunek na rany, 12x19 cm²	1 szt.	3546895518093	2019-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	22,16	29,18	29,18	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,75
404	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb; 10 cm x 10 cm, opatrunek na rany, 10x10 cm²	1 szt.	3546895518079	2019-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	9,83	13,81	13,47	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,38
405	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb; 15 cm x 20 cm, opatrunek na rany, 15x20 cm²	1 szt.	3546895518086	2019-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	29,48	37,94	37,94	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,38
406	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul; 10 cm x 12 cm, opatrunek na rany, 10x12 cm²	1 szt.	3546895518048	2019-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	11,88	16,37	16,16	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,06
407	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul; 10 cm x 12 cm, opatrunek na rany, 10x12 cm²	1 szt.	3546895518048	2019-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	11,88	16,37	16,16	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,21
408	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul; 15 cm x 20 cm, opatrunek na rany, 15x20 cm²	1 szt.	3546895518055	2019-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	29,48	37,94	37,94	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,38
409	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul; 15 cm x 20 cm, opatrunek na rany, 15x20 cm²	1 szt.	3546895518055	2019-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	29,48	37,94	37,94	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
410	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul; 20 cm x 30 cm, opatrunek na rany, 20x30 cm²	1 szt.	3546895518062	2019-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	58,97	72,41	72,41	Przewlekłe owrzodzenia		30%	21,72
411	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul; 20 cm x 30 cm, opatrunek na rany, 20x30 cm²	1 szt.	3546895518062	2019-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	58,97	72,41	72,41	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
412	Emplastri microfibricum cellulosae	Vliwasorb adhesive opatrunek z superabsorbentem, samoprzylepny 12x12 cm, opatrunek z superabsorbentem, 12x12 cm	1 szt.	4021447587721	2018-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	12,28	17,27	17,27	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,18
413	Emplastri microfibricum cellulosae	Vliwasorb Pro, opatrunek z superabsorbentem , 10x10 cm²	1 szt.	4056649067429	2019-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	4,86	8,59	8,59	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,58
414	Emplastri microfibricum cellulosae	Vliwasorb Pro, opatrunek z superabsorbentem , 12,5x12,5 cm²	1 szt.	4056649067443	2019-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	5,23	10,11	10,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,03

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
415	Emplastri microfibricum cellulosae	Vliwasorb Pro, opatrunek z superabsorbentem , 12,5x22,5 cm²	1 szt.	4056649067467	2019-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	8,81	15,95	15,95	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,79
416	Emplastri microfibricum cellulosae	Vliwasorb Pro, opatrunek z superabsorbentem , 22x22 cm²	1 szt.	4056649067481	2019-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	15,12	25,21	25,21	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,56
417	Emplastri microfibricum cellulosae	Vliwasorb Pro, opatrunek z superabsorbentem , 22x32 cm²	1 szt.	4056649067504	2019-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	21,99	34,62	34,62	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,39
418	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus, opatrunek z superabsorbentem, 10x10 cm	1 szt.	4049500616713	2018-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	9,50	13,47	13,47	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,04
419	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus, opatrunek z superabsorbentem, 10x10 cm	1 szt.	4049500616713	2018-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	9,50	13,47	13,47	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
420	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus, opatrunek z superabsorbentem, 10x20 cm	1 szt.	4049500616751	2018-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	20,25	26,76	26,76	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,03
421	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus, opatrunek z superabsorbentem, 10x20 cm	1 szt.	4049500616751	2018-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	20,25	26,76	26,76	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
422	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus, opatrunek z superabsorbentem, 20x40 cm	1 szt.	4049500616874	2018-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	77,76	94,13	94,13	Przewlekłe owrzodzenia		30%	28,24
423	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus, opatrunek z superabsorbentem, 20x40 cm	1 szt.	4049500616874	2018-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	77,76	94,13	94,13	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
424	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus Silicone 10x20 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 200 cm²	1 szt.	4052199276106	2021-01-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	19,00	25,44	25,44	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,63
425	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus Silicone 10x20 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 200 cm²	1 szt.	4052199276106	2021-01-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	19,00	25,44	25,44	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
426	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus Silicone 12,5x12,5 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 156.25 cm²	1 szt.	4052199276069	2021-01-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	14,84	20,20	20,20	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,06
427	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus Silicone 12,5x12,5 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 156.25 cm²	1 szt.	4052199276069	2021-01-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	14,84	20,20	20,20	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
428	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus Silicone 20x25 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 500 cm²	1 szt.	4052199276274	2021-01-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	47,50	59,38	59,38	Przewlekłe owrzodzenia		30%	17,81
429	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus Silicone 20x25 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 500 cm²	1 szt.	4052199276274	2021-01-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	47,50	59,38	59,38	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
430	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	2021-01-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	14,84	20,20	20,20	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,06

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
431	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	2021-01-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	14,84	20,20	20,20	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
432	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	2021-01-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	29,08	37,61	37,61	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,28
433	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	2021-01-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	29,08	37,61	37,61	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
434	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus Silicone Border 20x25 cm, samoprzylepny opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 500 cm²	1 szt.	4052199298412	2021-01-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	47,50	59,38	59,38	Przewlekłe owrzodzenia		30%	17,81
435	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus Silicone Border 20x25 cm, samoprzylepny opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 500 cm²	1 szt.	4052199298412	2021-01-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	47,50	59,38	59,38	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
436	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Adhesive, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, nawilżająca pianka poliuretanowa o rozmiarze 12,5cm x 12,5cm, 156.25 cm²	1 szt.	5000223415587	2018-01-01	5 lat	220.4, Opatrunki poliuretanowe	7,61	9,14	3,26	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,86
437	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Adhesive, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, nawilżająca pianka poliuretanowa o rozmiarze 12,5cm x 12,5cm, 156.25 cm²	1 szt.	5000223415587	2018-01-01	5 lat	220.4, Opatrunki poliuretanowe	7,61	9,14	3,26	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	5,88
438	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Adhesive, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, nawilżająca pianka poliuretanowa o rozmiarze 17,5cm x 17,5cm, 306.25 cm²	1 szt.	5000223415594	2018-01-01	5 lat	220.4, Opatrunki poliuretanowe	14,85	17,79	6,39	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,32
439	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Adhesive, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, nawilżająca pianka poliuretanowa o rozmiarze 17,5cm x 17,5cm, 306.25 cm²	1 szt.	5000223415594	2018-01-01	5 lat	220.4, Opatrunki poliuretanowe	14,85	17,79	6,39	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	11,40
440	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Adhesive, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, nawilżająca pianka poliuretanowa o rozmiarze 22,5cm x 22,5cm, 506.25 cm²	1 szt.	5000223416799	2018-01-01	5 lat	220.4, Opatrunki poliuretanowe	22,67	27,09	10,56	Przewlekłe owrzodzenia		30%	19,70
441	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Adhesive, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, nawilżająca pianka poliuretanowa o rozmiarze 22,5cm x 22,5cm, 506.25 cm²	1 szt.	5000223416799	2018-01-01	5 lat	220.4, Opatrunki poliuretanowe	22,67	27,09	10,56	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	16,53
442	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Heel, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 10,5cm x 13,5cm kształt przystosowany do założenia na piętę, 141.75 cm²	1 szt.	5000223426705	2018-01-01	5 lat	220.4, Opatrunki poliuretanowe	9,07	10,56	2,96	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,49
443	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Heel, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 10,5cm x 13,5cm kształt przystosowany do założenia na piętę, 141.75 cm²	1 szt.	5000223426705	2018-01-01	5 lat	220.4, Opatrunki poliuretanowe	9,07	10,56	2,96	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	7,60

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
444	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Non Adhesive, opatrunek poliuretanowy, 10x10 cm²	1 szt.	5000223415846	2019-01-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	4,50	5,46	2,09	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,00
445	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Non Adhesive, opatrunek poliuretanowy, 10x10 cm²	1 szt.	5000223415846	2019-01-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	4,50	5,46	2,09	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,37
446	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Non Adhesive, opatrunek poliuretanowy, 10x20 cm²	1 szt.	5000223416775	2019-01-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	8,64	10,54	4,17	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,62
447	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Non Adhesive, opatrunek poliuretanowy, 10x20 cm²	1 szt.	5000223416775	2019-01-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	8,64	10,54	4,17	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	6,37
448	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Non Adhesive, opatrunek poliuretanowy, 20x20 cm²	1 szt.	5000223415853	2019-01-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	18,36	21,99	8,34	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,15
449	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Non Adhesive, opatrunek poliuretanowy, 20x20 cm²	1 szt.	5000223415853	2019-01-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	18,36	21,99	8,34	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	13,65
450	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Sacrum, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa na okolicę krzyżową o rozmiarze 22cm x 22cm, 484 cm²	1 szt.	5000223426736	2018-01-01	5 lat	220.4, Opatrunki poliuretanowe	23,54	27,89	10,09	Przewlekłe owrzodzenia		30%	20,83
451	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Sacrum, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa na okolicę krzyżową o rozmiarze 22cm x 22cm, 484 cm²	1 szt.	5000223426736	2018-01-01	5 lat	220.4, Opatrunki poliuretanowe	23,54	27,89	10,09	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	17,80
452	Emplastri polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Calamine Lite, opatrunek, 10x550 cm²	1 szt.	0724004611832	2019-03-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	96,31	114,69	114,69	Przewlekłe owrzodzenia		30%	34,41
453	Emplastri polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Calamine Lite, opatrunek, 10x550 cm²	1 szt.	0724004611832	2019-03-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	96,31	114,69	114,69	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
454	Emplastri polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Calamine Lite, opatrunek, 7,62x550 cm²	1 szt.	0724004611818	2019-03-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	73,40	89,28	87,39	Przewlekłe owrzodzenia		30%	28,11
455	Emplastri polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Calamine Lite, opatrunek, 7,62x550 cm²	1 szt.	0724004611818	2019-03-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	73,40	89,28	87,39	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,89
456	Emplastri polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Zinc Lite 10x550 cm, opatrunek, 5500 cm²	1 szt.	0724004611870	2021-03-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	96,31	114,69	114,69	Przewlekłe owrzodzenia		30%	34,41
457	Emplastri polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Zinc Lite 10x550 cm, opatrunek, 5500 cm²	1 szt.	0724004611870	2021-03-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	96,31	114,69	114,69	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
458	Emplastri polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Zinc Lite 7,62x550 cm, opatrunek, 4191 cm²	1 szt.	0724004611856	2021-03-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	73,40	89,28	87,39	Przewlekłe owrzodzenia		30%	28,11
459	Emplastri polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Zinc Lite 7,62x550 cm, opatrunek, 4191 cm²	1 szt.	0724004611856	2021-03-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	73,40	89,28	87,39	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,89

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
460	Emplastri polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive border 10x10 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 100 cm²	1 szt.	4056649683094	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	9,18	13,13	13,13	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,94
461	Emplastri polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive border 12,5x12,5 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 156.25 cm²	1 szt.	4056649683124	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	13,93	19,25	19,25	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,78
462	Emplastri polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive border 15x15 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 225 cm²	1 szt.	4056649683186	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	20,41	27,30	27,30	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,19
463	Emplastri polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive border 20x20 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 400 cm²	1 szt.	4056649683216	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	36,83	47,16	47,16	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,15
464	Emplastri polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive border 7,5x8,5 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 63.75 cm²	1 szt.	4056649683155	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	5,92	8,63	8,59	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,62
465	Emplastri polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive border lite 10x10 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 100 cm²	1 szt.	4056649683308	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	9,18	13,13	13,13	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,94
466	Emplastri polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive heel 25x23,5 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 587.5 cm²	1 szt.	4056649917687	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	51,30	64,23	64,23	Przewlekłe owrzodzenia		30%	19,27
467	Emplastri polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive multisite 12x15 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 180 cm²	1 szt.	4056649917700	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	16,20	22,10	22,10	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,63
468	Emplastri polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive sacrum 17x17,5 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 297,5 cm²	1 szt.	4056649917663	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	27,64	35,97	35,97	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,79
469	Emplastri polyurethanum spumatum	Suprasorb P, opatrunek z pianki poliuretanowej, na okolicę krzyżową sterylny, 18x20,5 cm, opatrunek, 18x20,5 cm²	1 szt.	4021447031002	2019-01-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	18,79	22,26	7,69	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,88
470	Emplastri polyurethanum spumatum	Suprasorb P, pianka poliuretanowa, sterylna, nieprzylepna, 15x15 cm, opatrunek, 15x15 cm²	1 szt.	4021447013183	2019-01-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	12,10	14,36	4,69	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,08
471	Emplastri polyurethanum spumatum	Suprasorb P, pianka poliuretanowa, sterylna, samoprzylepna, 10x10 cm, opatrunek, 10x10 cm²	1 szt.	4021447013343	2019-01-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	5,29	6,28	2,09	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,82
472	Emplastri polyurethanum spumatum	Suprasorb P, pianka poliuretanowa, sterylna, samoprzylepna, 15x15 cm, opatrunek, 15x15 cm²	1 szt.	4021447013367	2019-01-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	10,80	12,99	4,69	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,71
473	Emplastri polyurethanum spumatum	Suprasorb P, pianka poliuretanowa, sterylna, samoprzylepna, 7,5x7,5 cm, opatrunek, 7,5x7,5 cm²	1 szt.	4021447013329	2019-01-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	4,21	4,83	1,17	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,01
474	Opatrunki hydrożelowe oraz hydrożelowe złożone	Aqvitox D, żel, 48 g	1 szt.	8588002628283	2018-11-01	3 lata	220.12, Opatrunki w postaci żelu	21,60	26,66	14,52	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,50

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
475	Opatrunki hydrożelowe oraz hydrożelowe złożone	Aqvitox D, żel, 48 g	1 szt.	8588002628283	2018-11-01	3 lata	220.12, Opatrunki w postaci żelu	21,60	26,66	14,52	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	12,14
476	Opatrunki hydrożelowe oraz hydrożelowe złożone	Granugel - żel hydrokoloidowy EAN: 0768455057290/768455157266, żel, 15 g	15 g (tuba)	0768455057290	2019-01-01	3 lata	220.12, Opatrunki w postaci żelu	9,00	11,00	4,54	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,82
477	Opatrunki hydrożelowe oraz hydrożelowe złożone	Granugel - żel hydrokoloidowy EAN: 0768455057290/768455157266, żel, 15 g	15 g (tuba)	0768455057290	2019-01-01	3 lata	220.12, Opatrunki w postaci żelu	9,00	11,00	4,54	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	6,46
478	Opatrunki hydrożelowe oraz hydrożelowe złożone	Purilon Gel, opatrunek hydrożelowy, 15 g	15 g	5701780645317	2019-01-01	3 lata	220.12, Opatrunki w postaci żelu	8,86	10,85	4,54	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,67
479	Opatrunki hydrożelowe oraz hydrożelowe złożone	Purilon Gel, opatrunek hydrożelowy, 15 g	15 g	5701780645317	2019-01-01	3 lata	220.12, Opatrunki w postaci żelu	8,86	10,85	4,54	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	6,31
480	Paski do oznaczania glukozy i ciał ketonowych w moczu	Keto-Diastix, test paskowy	50 szt.	5016003288302	2019-01-01	3 lata	219.1, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy i ciał ketonowych w moczu	12,74	17,56	17,56	Cukrzyca		30%	5,27
481	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Abra, test paskowy	50 pasków	5907581253625	2019-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,59	38,21	38,09	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,32
482	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Abra, test paskowy	50 pasków	5907581253625	2019-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,59	38,21	38,09	Cukrzyca		30%	11,55
483	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Accu-Chek Active, test paskowy	50 pasków	4015630056316	2019-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,70	38,33	38,09	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,44
484	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Accu-Chek Active, test paskowy	50 pasków	4015630056316	2019-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,70	38,33	38,09	Cukrzyca		30%	11,67
485	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Accu-Chek Instant, test paskowy	100 szt.	4015630067732	2018-05-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	59,94	73,63	73,63	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	6,40

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
486	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Accu-Chek Instant, test paskowy	100 szt.	4015630067732	2018-05-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	59,94	73,63	73,63	Cukrzyca		30%	22,09
487	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Accu-Chek Performa, test paskowy	50 szt.	4015630980987	2019-09-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,59	38,21	38,09	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,32
488	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Accu-Chek Performa, test paskowy	50 szt.	4015630980987	2019-09-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,59	38,21	38,09	Cukrzyca		30%	11,55
489	Paski do oznaczania glukozy we krwi	BTM SuperCheck 1, test paskowy	50 pasków (2 fiol. po 25 szt.)	4719932588185	2019-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,65	36,17	36,17	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
490	Paski do oznaczania glukozy we krwi	BTM SuperCheck 1, test paskowy	50 pasków (2 fiol. po 25 szt.)	4719932588185	2019-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,65	36,17	36,17	Cukrzyca		30%	10,85
491	Paski do oznaczania glukozy we krwi	CareSens N, test paskowy	50 szt.	8809126640358	2019-05-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	28,73	37,32	37,32	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
492	Paski do oznaczania glukozy we krwi	CareSens N, test paskowy	50 szt.	8809126640358	2019-05-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	28,73	37,32	37,32	Cukrzyca		30%	11,20
493	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Cera-Chek 1 Code, test paskowy	50 pasków	8809242521845	2019-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	28,62	37,19	37,19	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
494	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Cera-Chek 1 Code, test paskowy	50 pasków	8809242521845	2019-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	28,62	37,19	37,19	Cukrzyca		30%	11,16
495	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Contour Plus, test paskowy	50 szt.	5016003763403	2018-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	30,62	39,29	38,09	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	4,40
496	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Contour Plus, test paskowy	50 szt.	5016003763403	2018-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	30,62	39,29	38,09	Cukrzyca		30%	12,63

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
497	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Contour TS paski testowe, test paskowy	50 szt.	5016003183904	2019-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	30,62	39,29	38,09	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	4,40
498	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Contour TS paski testowe, test paskowy	50 szt.	5016003183904	2019-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	30,62	39,29	38,09	Cukrzyca		30%	12,63
499	Paski do oznaczania glukozy we krwi	D+, test paskowy	50 szt.	0858745005961	2019-11-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,54	36,06	36,06	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
500	Paski do oznaczania glukozy we krwi	D+, test paskowy	50 szt.	0858745005961	2019-11-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,54	36,06	36,06	Cukrzyca		30%	10,82
501	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Diagnostic Gold Strip, test paskowy	50 szt.	5906881862681	2019-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,70	38,33	38,09	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,44
502	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Diagnostic Gold Strip, test paskowy	50 szt.	5906881862681	2019-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,70	38,33	38,09	Cukrzyca		30%	11,67
503	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Diagomat Strip, test paskowy	50 szt.	5906881862957	2019-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,46	38,07	38,07	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
504	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Diagomat Strip, test paskowy	50 szt.	5906881862957	2019-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,46	38,07	38,07	Cukrzyca		30%	11,42
505	Paski do oznaczania glukozy we krwi	DIAVUE ToGo, test paskowy	50 szt.	4716022053035	2018-11-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	25,92	34,36	34,36	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
506	Paski do oznaczania glukozy we krwi	DIAVUE ToGo, test paskowy	50 szt.	4716022053035	2018-11-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	25,92	34,36	34,36	Cukrzyca		30%	10,31
507	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Eusure Test Paskowy, test paskowy	50 szt.	5907814464033	2019-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,97	36,51	36,51	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
508	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Eusure Test Paskowy, test paskowy	50 szt.	5907814464033	2019-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,97	36,51	36,51	Cukrzyca		30%	10,95
509	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Evercare, test paskowy	50 pasków	5904378480035	2019-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,16	37,76	37,76	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
510	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Evercare, test paskowy	50 pasków	5904378480035	2019-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,16	37,76	37,76	Cukrzyca		30%	11,33
511	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Everchek, test paskowy	50 szt.	5904378480356	2019-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	28,08	36,62	36,62	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
512	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Everchek, test paskowy	50 szt.	5904378480356	2019-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	28,08	36,62	36,62	Cukrzyca		30%	10,99
513	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Examedin® Fast, test paskowy	50 szt.	5902802701848	2020-09-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	28,40	36,96	36,96	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
514	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Examedin® Fast, test paskowy	50 szt.	5902802701848	2020-09-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	28,40	36,96	36,96	Cukrzyca		30%	11,09
515	Paski do oznaczania glukozy we krwi	G-BIO, test paskowy	50 szt.	8800028000004	2017-09-01	5 lat	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	28,08	36,62	36,62	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
516	Paski do oznaczania glukozy we krwi	G-BIO, test paskowy	50 szt.	8800028000004	2017-09-01	5 lat	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	28,08	36,62	36,62	Cukrzyca		30%	10,99
517	Paski do oznaczania glukozy we krwi	GensuCare, test paskowy	50 szt.	8809301161135	2021-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,00	35,49	35,49	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
518	Paski do oznaczania glukozy we krwi	GensuCare, test paskowy	50 szt.	8809301161135	2021-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,00	35,49	35,49	Cukrzyca		30%	10,65

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
519	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Glucocard 01 Sensor, test paskowy	50 szt.	4987486785590	2019-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,21	37,81	37,81	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
520	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Glucocard 01 Sensor, test paskowy	50 szt.	4987486785590	2019-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,21	37,81	37,81	Cukrzyca		30%	11,34
521	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Glucocard Vital Test Strip, test paskowy	50 pasków	5028939000101	2019-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	28,60	37,17	37,17	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
522	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Glucocard Vital Test Strip, test paskowy	50 pasków	5028939000101	2019-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	28,60	37,17	37,17	Cukrzyca		30%	11,15
523	Paski do oznaczania glukozy we krwi	GlucoDr. auto/GlucoDr. auto A, test paskowy	50 szt.	8806128340125	2019-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	28,57	37,14	37,14	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
524	Paski do oznaczania glukozy we krwi	GlucoDr. auto/GlucoDr. auto A, test paskowy	50 szt.	8806128340125	2019-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	28,57	37,14	37,14	Cukrzyca		30%	11,14
525	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Glucomaxx, test paskowy	50 szt.	5903111882327	2019-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,97	38,61	38,09	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,72
526	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Glucomaxx, test paskowy	50 szt.	5903111882327	2019-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,97	38,61	38,09	Cukrzyca		30%	11,95
527	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Glucosense, test paskowy	50 szt.	5908222562274	2019-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,27	37,87	37,87	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
528	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Glucosense, test paskowy	50 szt.	5908222562274	2019-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,27	37,87	37,87	Cukrzyca		30%	11,36
529	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Glucosure HT, test paskowy	50 szt.	4713648760811	2017-03-01	5 lat	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	28,08	36,62	36,62	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
530	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Glucosure HT, test paskowy	50 szt.	4713648760811	2017-03-01	5 lat	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	28,08	36,62	36,62	Cukrzyca		30%	10,99
531	Paski do oznaczania glukozy we krwi	iXell, test paskowy, test paskowy	50 szt.	5908222562632	2019-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,70	38,33	38,09	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,44
532	Paski do oznaczania glukozy we krwi	iXell, test paskowy, test paskowy	50 szt.	5908222562632	2019-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,70	38,33	38,09	Cukrzyca		30%	11,67
533	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Microdot, test paskowy	50 szt.	5060141250035	2019-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,54	36,06	36,06	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
534	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Microdot, test paskowy	50 szt.	5060141250035	2019-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,54	36,06	36,06	Cukrzyca		30%	10,82
535	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Multisure GK paski testowe do pomiaru stężenia glukozy we krwi, test paskowy	50 szt.	4713648760507	2017-05-01	5 lat	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	28,08	36,62	36,62	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
536	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Multisure GK paski testowe do pomiaru stężenia glukozy we krwi, test paskowy	50 szt.	4713648760507	2017-05-01	5 lat	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	28,08	36,62	36,62	Cukrzyca		30%	10,99
537	Paski do oznaczania glukozy we krwi	OKmeter Core, test paskowy	50 szt.	4712803561836	2018-11-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	25,92	34,36	34,36	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
538	Paski do oznaczania glukozy we krwi	OKmeter Core, test paskowy	50 szt.	4712803561836	2018-11-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	25,92	34,36	34,36	Cukrzyca		30%	10,31
539	Paski do oznaczania glukozy we krwi	One Touch Select Plus, test paskowy	50 pasków	4030841005427	2018-05-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,86	38,49	38,09	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,60
540	Paski do oznaczania glukozy we krwi	One Touch Select Plus, test paskowy	50 pasków	4030841005427	2018-05-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,86	38,49	38,09	Cukrzyca		30%	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	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
541	Paski do oznaczania glukozy we krwi	One Touch Select Plus, test paskowy	50 szt.	7613427012759	2019-11-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,48	38,09	38,09	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
542	Paski do oznaczania glukozy we krwi	One Touch Select Plus, test paskowy	50 szt.	7613427012759	2019-11-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,48	38,09	38,09	Cukrzyca		30%	11,43
543	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Optium Xido, test paskowy	50 szt.	5021791707249	2019-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,16	37,76	37,76	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
544	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Optium Xido, test paskowy	50 szt.	5021791707249	2019-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,16	37,76	37,76	Cukrzyca		30%	11,33
545	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Rightest GS100, test paskowy	50 szt. (2 opak.po 25 szt.)	4710627333462	2019-05-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	24,84	33,22	33,22	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
546	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Rightest GS100, test paskowy	50 szt. (2 opak.po 25 szt.)	4710627333462	2019-05-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	24,84	33,22	33,22	Cukrzyca		30%	9,97
547	Paski do oznaczania glukozy we krwi	VivaChek Ino, test paskowy	100 szt.	5907814464705	2020-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	55,08	68,52	68,52	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	6,40
548	Paski do oznaczania glukozy we krwi	VivaChek Ino, test paskowy	100 szt.	5907814464705	2020-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	55,08	68,52	68,52	Cukrzyca		30%	20,56
549	Paski do oznaczania glukozy we krwi	VivaChek Ino, test paskowy	50 szt.	5907814464934	2019-09-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,54	36,06	36,06	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
550	Paski do oznaczania glukozy we krwi	VivaChek Ino, test paskowy	50 szt.	5907814464934	2019-09-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,54	36,06	36,06	Cukrzyca		30%	10,82
551	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Wellion SymPhar, test paskowy	50 pasków	9120015788258	2018-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,11	37,71	37,71	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
552	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Wellion SymPhar, test paskowy	50 pasków	9120015788258	2018-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,11	37,71	37,71	Cukrzyca		30%	11,31

B. Leki dostępne w ramach programu lekowego

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
1	Abemaciclibum	Verzenios, tabl. powl., 100 mg	70 szt.	05014602500986	2020-09-01	2 lata	1210.0, Abemacyklib	12336,30	12953,12	12953,12	B.9.	bezpłatny	0 zł
2	Abemaciclibum	Verzenios, tabl. powl., 150 mg	70 szt.	05014602500993	2020-09-01	2 lata	1210.0, Abemacyklib	12336,30	12953,12	12953,12	B.9.	bezpłatny	0 zł
3	Abemaciclibum	Verzenios, tabl. powl., 50 mg	70 szt.	05014602500979	2020-09-01	2 lata	1210.0, Abemacyklib	12336,30	12953,12	12953,12	B.9.	bezpłatny	0 zł
4	Abirateroni acetas	Zytiga, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909991307080	2020-01-01	2 lata	1121.0, Octan abirateronu	13392,00	14061,60	14061,60	B.56.	bezpłatny	0 zł
5	Adalimumabum	Amgevita, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg	1 amp.-strzyk. 0,4 ml	08715131019761	<1>2021-03-01/<2><3><4><5>2019-03-01	3 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	499,54	524,52	400,33	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.	bezpłatny	0 zł
6	Adalimumabum	Amgevita, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg	2 amp.-strzyk. 0,8 ml	08715131019808	<1>2021-03-01/<2><3><4><5>2019-03-01	3 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	1998,17	2098,08	1601,32	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.	bezpłatny	0 zł
7	Adalimumabum	Amgevita, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg	2 wstrzykiwacze 0,8 ml	08715131019792	2019-03-01	3 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	1998,17	2098,08	1601,32	<1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.47.	bezpłatny	0 zł
8	Adalimumabum	Amgevita, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg	6 amp.-strzyk. 0,8 ml	08715131019754	2019-03-01	3 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	5994,52	6294,25	4803,96	<1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.47.	bezpłatny	0 zł
9	Adalimumabum	Amgevita, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg	6 wstrzykiwaczy 0,8 ml	08715131019747	2019-03-01	3 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	5994,52	6294,25	4803,96	<1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.47.	bezpłatny	0 zł
10	Adalimumabum	Humira, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg	2 amp.-strz. + 2 gaziki	08054083011905	2019-09-01	2 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	2455,11	2577,87	1601,32	B.105.	bezpłatny	0 zł
11	Adalimumabum	Humira, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg	2 amp.-strz. + 2 gaziki nasączone alkoholem	05909990005055	<1>2020-03-01/<2><3>2019-03-01/<4>2018-09-01/<5>2019-09-01	<5>2 lata/<1><2><3><4>3 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	2455,11	2577,87	1601,32	<1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.47.; <5>B.105.	bezpłatny	0 zł
12	Adalimumabum	Humira, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg	2 wstrz. + 2 gaziki	08054083011912	2019-09-01	2 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	2455,11	2577,87	1601,32	B.105.	bezpłatny	0 zł
13	Adalimumabum	Hyrimoz, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 40 mg	2 amp. - strzyk. z zabezpieczeniem	07613421020897	<1>2021-03-01/<2><3><4><5>2019-03-01	3 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	1944,00	2041,20	1601,32	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.	bezpłatny	0 zł
14	Adalimumabum	Hyrimoz, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 40 mg	2 wstrzykiwacze	07613421020880	<1>2021-03-01/<2><3><4><5>2019-03-01	3 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	1944,00	2041,20	1601,32	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.	bezpłatny	0 zł
15	Adalimumabum	Idacio, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg	1 fiol. 0,8 ml + 1 strzyk. + 1 igła + 1 nasadka + 2 gaziki	04052682034206	2020-03-01	<1><2><3><4><5>3 lata/<6>2 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	762,53	800,66	800,66	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.; <6>B.105.	bezpłatny	0 zł
16	Adalimumabum	Idacio, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 40 mg	2 amp.-strzyk. 0,8 ml + 2 gaziki	04052682034213	2020-03-01	<1><2><3><4><5>3 lata/<6>2 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	1525,07	1601,32	1601,32	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.; <6>B.105.	bezpłatny	0 zł
17	Adalimumabum	Idacio, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 40 mg	2 wstrzykiwacze 0,8 ml + 2 gaziki	04052682034220	2020-03-01	<1><2><3><4><5>3 lata/<6>2 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	1525,07	1601,32	1601,32	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.; <6>B.105.	bezpłatny	0 zł
18	Adalimumabum	Imraldi, roztwór do wstrzykiwań we ampułko-strzykawce, 40 mg	2 amp.-strzyk. 0,8 ml + 2 gaziki	08809593170150	<1>2021-01-01/<2><3><4><5>2019-01-01	3 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	1944,00	2041,20	1601,32	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
19	Adalimumabum	Imraldi, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 40 mg	2 wstrzykiwacze 0,8 ml + 2 gaziki	08809593170167	<1>2021-01-01/<2><3><4><5>2019-01-01	3 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	1944,00	2041,20	1601,32	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.	bezpłatny	0 zł
20	Adefoviri dipivoxilum	Hepsera, tabl., 10 mg	30 tabl.	05909990009596	2019-07-01	3 lata	1051.1, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - adefowir	934,20	980,91	980,91	B.1.	bezpłatny	0 zł
21	Afatinib	Giotrif, tabl. powl., 20 mg	28 tabl.	05909991083397	2018-11-01	3 lata	1127.0, Inhibitory kinaz białkowych - afatynib	7938,00	8334,90	8334,90	B.6.	bezpłatny	0 zł
22	Afatinib	Giotrif, tabl. powl., 30 mg	28 tabl.	05909991083434	2018-11-01	3 lata	1127.0, Inhibitory kinaz białkowych - afatynib	7938,00	8334,90	8334,90	B.6.	bezpłatny	0 zł
23	Afatinib	Giotrif, tabl. powl., 40 mg	28 tabl.	05909991083465	2018-11-01	3 lata	1127.0, Inhibitory kinaz białkowych - afatynib	7938,00	8334,90	8334,90	B.6.	bezpłatny	0 zł
24	Aflibercept	Eylea, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml	1 fiol.a 0,1 ml	03837000137095	2019-05-01	3 lata	1133.0, Aflibercept	2808,00	2948,40	2948,40	B.70.	bezpłatny	0 zł
25	Aflibercept	Zaltrap, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 4 ml	05909991039400	2019-07-01	2 lata	1164.0, Leki p-nowotworowe – aflibercept	1395,14	1464,90	1464,90	B.4.	bezpłatny	0 zł
26	Aflibercept	Zaltrap, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 8 ml	05909991039462	2019-07-01	2 lata	1164.0, Leki p-nowotworowe – aflibercept	2790,29	2929,80	2929,80	B.4.	bezpłatny	0 zł
27	Agalsidasum alfa	Replagal, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol. 3,5 ml	05909990999514	2019-09-01	2 lata	1191.1, Agalzydaza alfa	6080,40	6384,42	6384,42	B.104.	bezpłatny	0 zł
28	Agalsidasum beta	Fabrazyme, proszek do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji, 35 mg	1 fiol.	05909990971213	2019-09-01	2 lata	1191.2, Agalzydaza beta	11980,03	12579,03	12579,00	B.104.	bezpłatny	0 zł
29	Agalsidasum beta	Fabrazyme, proszek do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg	1 fiol.	05909990013654	2019-09-01	2 lata	1191.2, Agalzydaza beta	1711,43	1797,00	1797,00	B.104.	bezpłatny	0 zł
30	Alectinibum	Alecensa, kaps. twarde, 150 mg	224 szt.	05902768001143	2019-07-01	2 lata	1190.0, Alectinib	22826,62	23967,95	23967,95	B.6.	bezpłatny	0 zł
31	Alemtuzumabum	Lemtrada, koncetrat do sporządzania roztworu do infuzji, 12 mg	1 fiol.	05909991088156	2021-01-01	2 lata	1160.0, Alemtuzumab	30038,04	31539,94	31539,94	B.46.	bezpłatny	0 zł
32	Alglucosidasum alfa	Myozyme, proszek do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji, 50 mg	1 fiol.po 20 ml	05909990623853	2021-03-01	3 lata	1052.0, Alglucosidase alfa	1892,16	1986,77	1986,77	B.22.	bezpłatny	0 zł
33	Alirocumabum	Praluent, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg	2 wstrzykiwacze	05909991236618	2020-11-01	2 lata	1181.0, Alirocumab	1778,11	1867,02	1867,02	B.101.	bezpłatny	0 zł
34	Anakinrum	Kineret, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/0,67 ml	7 amp.-strz. po 0,67 ml	07350031442090	2019-05-01	2 lata	1153.0, Anakinra	859,46	902,43	902,43	B.86.	bezpłatny	0 zł
35	Apomorphini hydrochloridum hemihydricum	Dacepton, roztwór do infuzji, 5 mg/ml	5 fiol.a 20 ml	05909991247904	2020-09-01	2 lata	1177.0, Apomorfina	846,72	889,06	889,06	B.90.	bezpłatny	0 zł
36	Atezolizumabum	Tecentriq, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1200 mg	1 fiol.a 20 ml	05902768001167	2021-01-01	2 lata	1183.0, Atezolizumab	19389,24	20358,70	20358,70	B.6.	bezpłatny	0 zł
37	Axitinibum	Inlyta, tabl. powl., 1 mg	56 szt.	05909991004439	2021-03-01	1 rok 6 miesięcy	1122.0, Aksytynib	3275,64	3439,42	3439,42	B.10.	bezpłatny	0 zł
38	Axitinibum	Inlyta, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991004460	2021-03-01	1 rok 6 miesięcy	1122.0, Aksytynib	16374,96	17193,71	17193,71	B.10.	bezpłatny	0 zł
39	Baricitinibum	Olumiant, tabl. powl., 4 mg	35 szt.	03837000170825	2019-09-01	2 lata	1192.0, Baricytynib	5194,85	5454,59	5454,59	B.33.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
40	Benralizumab	Fasenra, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 30 mg	1 amp.-strz. a 1 ml	05000456031516	2019-11-01	2 lata	1199.0, Benralizumab	9828,00	10319,40	10319,40	B.44.	bezpłatny	0 zł
41	Betainum anhydricum	Cystadane, proszek doustny, 1 g	180 g	05909990031900	2020-01-01	3 lata	1084.0, Betaine anhydrous	1728,00	1814,40	1814,40	B.21.	bezpłatny	0 zł
42	Bevacizumabum	Avastin, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/4 ml	1 fiol.po 4 ml	05909990010486	<1>2019-07-01/<2>2021-03-01	3 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	1171,80	1230,39	658,26	<1>B.4.; <2>B.50.	bezpłatny	0 zł
43	Bevacizumabum	Avastin, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 400 mg/16 ml	1 fiol.po 16 ml	05909990010493	<1>2019-07-01/<2>2021-03-01	3 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	4687,20	4921,56	2633,05	<1>B.4.; <2>B.50.	bezpłatny	0 zł
44	Bevacizumabum	Mvasi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 16 ml	08715131021870	2021-01-01	3 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	2507,67	2633,05	2633,05	B.4.; B.50.	bezpłatny	0 zł
45	Bevacizumabum	Mvasi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	08715131021863	2021-01-01	3 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	626,92	658,27	658,26	B.4.; B.50.	bezpłatny	0 zł
46	Bevacizumabum	Zirabev, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 16 ml	05415062349342	2021-03-01	3 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	2181,60	2290,68	2290,68	B.4.; B.50.	bezpłatny	0 zł
47	Bevacizumabum	Zirabev, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	05415062349359	2021-03-01	3 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	545,40	572,67	572,67	B.4.; B.50.	bezpłatny	0 zł
48	Bexarotenum	Targretin, kaps. miękkie, 75 mg	100 szt.	05909990213504	2021-01-01	3 lata	1129.0, Beksaroten	3844,80	4037,04	4037,04	B.66.	bezpłatny	0 zł
49	Binimetinib	Mektovi, tabl. powl., 15 mg	84 szt.	03573994003922	2020-09-01	2 lata	1214.0, Binimetynib	11688,98	12273,43	12273,43	B.59.	bezpłatny	0 zł
50	Blinatumomabum	Blincyto, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 38,5 µg	1 fiol.prosz. + 1 fiol.roztw.stabilizującego 10ml	05909991256371	2021-01-01	2 lata	1188.0, Blinatumomab	9984,83	10484,07	10484,07	B.65.	bezpłatny	0 zł
51	Bosentanum	Bopaho, tabl. powl., 125 mg	56 tabl.	05909991102869	2018-09-01	3 lata	1056.0, Bosentan	1404,00	1474,20	1474,20	B.31.	bezpłatny	0 zł
52	Bosentanum	Bopaho, tabl. powl., 62,5 mg	56 tabl.	05909991102807	2018-09-01	3 lata	1056.0, Bosentan	702,00	737,10	737,10	B.31.	bezpłatny	0 zł
53	Bosentanum	Bosentan Sandoz GmbH, tabletki powlekane, 125 mg	56 tabl.	05907626708004	2018-09-01	3 lata	1056.0, Bosentan	1404,00	1474,20	1474,20	B.31.	bezpłatny	0 zł
54	Bosutinibum	Bosulif, tabletki powlekane, 100 mg	28 tabl.	05909991056841	2019-07-01	2 lata	1163.0, Bosutynib	2671,35	2804,92	2804,92	B.14.	bezpłatny	0 zł
55	Bosutinibum	Bosulif, tabletki powlekane, 500 mg	28 tabl.	05909991056865	2019-07-01	2 lata	1163.0, Bosutynib	13356,77	14024,61	14024,61	B.14.	bezpłatny	0 zł
56	Brentuximabum vedotinum	Adcetris, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 50 mg	1 fiol.	05909991004545	2020-09-01	2 lata	1142.0, Brentuksymab vedotin	13100,40	13755,42	13755,42	B.66; B.77.	bezpłatny	0 zł
57	Brigatinib	Alunbrig, tabl. powl., 180 mg	28 szt.	07038319119956	2020-09-01	2 lata	1209.0, Brygatynib	20840,07	21882,07	21882,07	B.6.	bezpłatny	0 zł
58	Brigatinib	Alunbrig, tabl. powl., 90 mg	28 szt.	07038319119963	2020-09-01	2 lata	1209.0, Brygatynib	10420,03	10941,03	10941,03	B.6.	bezpłatny	0 zł
59	Brigatinib	Alunbrig, tabl. powl., 90 mg	7 szt.	07038319120112	2020-09-01	2 lata	1209.0, Brygatynib	5210,02	5470,52	5470,52	B.6.	bezpłatny	0 zł
60	Cabozantinibum	Cabometyx, tabl. powi., 20 mg	30 szt.	03582186003947	2020-09-01	2 lata	1175.0, Kabozantynib	28252,80	29665,44	14832,72	B.10.	bezpłatny	0 zł
61	Cabozantinibum	Cabometyx, tabl. powi., 40 mg	30 szt.	03582186003954	2020-09-01	2 lata	1175.0, Kabozantynib	28252,80	29665,44	29665,44	B.10.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
62	Cabozantinibum	Cabometyx, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	03582186003961	2020-09-01	2 lata	1175.0, Kabozantynib	28252,80	29665,44	29665,44	B.10.	bezpłatny	0 zł
63	Ceritinibum	Zykadia, kaps. twarde, 150 mg	150 szt.	05909991220075	2020-01-01	2 lata	1197.0, Cerytynib	21089,56	22144,04	22144,04	B.6.	bezpłatny	0 zł
64	Certolizumabum pegol	Cimzia, roztwór do wstrzykiwań w amp.-strz., 200 mg/ml	2 amp.-strz.	05909990734894	<1><2><3><5>2019-09-01/<4>2021-01-01	<1>3 lata/<2><3><4><5>2 lata	1104.0, Certolizumab pegol	3018,06	3168,96	3168,96	<1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.47.; <5>B.82.	bezpłatny	0 zł
65	Cetuximabum	Erbitux, roztwór do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	05909990035946	<1>2021-03-01/<2>2020-03-01	2 lata	1057.0, Cetuximab	3828,60	4020,03	4020,03	<1>B.4.; <2>B.52.	bezpłatny	0 zł
66	Cetuximabum	Erbitux, roztwór do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990035922	<1>2021-03-01/<2>2020-03-01	2 lata	1057.0, Cetuximab	765,72	804,01	804,01	<1>B.4.; <2>B.52.	bezpłatny	0 zł
67	Cinacalcetii hydrochloridum	Cinacalcet Mylan, tabletki powlekane, 30 mg	28 tabl.	05902020926887	2018-05-01	3 lata	1058.0, Cinacalcet	324,00	340,20	340,20	B.39.	bezpłatny	0 zł
68	Cinacalcetii hydrochloridum	Cinacalcet Mylan, tabletki powlekane, 60 mg	28 tabl.	05902020926894	2018-05-01	3 lata	1058.0, Cinacalcet	594,00	623,70	623,70	B.39.	bezpłatny	0 zł
69	Cinacalcetum	Cinacalcet Accord, tabl. powl., 30 mg	28 szt.	05909991256654	2019-05-01	3 lata	1058.0, Cinacalcet	324,00	340,20	340,20	B.39.	bezpłatny	0 zł
70	Cinacalcetum	Cinacalcet Accord, tabl. powl., 60 mg	28 szt.	05909991256685	2019-05-01	3 lata	1058.0, Cinacalcet	648,00	680,40	680,40	B.39.	bezpłatny	0 zł
71	Cinacalcetum	Cinacalcet Accord, tabl. powl., 90 mg	28 szt.	05909991256715	2019-05-01	3 lata	1058.0, Cinacalcet	972,00	1020,60	1020,60	B.39.	bezpłatny	0 zł
72	Cinacalcetum	Mimpara, tabl. powl., 30 mg	28 szt.	05909990016297	2019-07-01	3 lata	1058.0, Cinacalcet	629,05	660,50	340,20	B.39.	bezpłatny	0 zł
73	Cinacalcetum	Mimpara, tabl. powl., 60 mg	28 szt.	05909990016341	2019-07-01	3 lata	1058.0, Cinacalcet	1201,54	1261,62	680,40	B.39.	bezpłatny	0 zł
74	Cinacalcetum	Mimpara, tabl. powl., 90 mg	28 szt.	05909990016389	2019-07-01	3 lata	1058.0, Cinacalcet	1778,11	1867,02	1020,60	B.39.	bezpłatny	0 zł
75	Cladribinum	Mavenclad, tabl., 10 mg	1 szt.	04054839365331	2019-11-01	2 lata	1200.0, Kladrybina	9876,60	10370,43	10370,43	B.46.	bezpłatny	0 zł
76	Cladribinum	Mavenclad, tabl., 10 mg	4 szt.	04054839365348	2019-11-01	2 lata	1200.0, Kladrybina	39506,40	41481,72	41481,72	B.46.	bezpłatny	0 zł
77	Cladribinum	Mavenclad, tabl., 10 mg	6 szt.	04054839365355	2019-11-01	2 lata	1200.0, Kladrybina	59259,60	62222,58	62222,58	B.46.	bezpłatny	0 zł
78	Cobimetinibum	Cotellic, tabl. powl., 20 mg	63 szt.	05902768001136	2021-03-01	3 lata	1158.0, Kobimetynib	21600,00	22680,00	22680,00	B.59.	bezpłatny	0 zł
79	Crizotinibum	Xalkori, kaps. twarde, 200 mg	60 szt.	05909991004484	2021-01-01	1 rok 8 miesięcy	1151.0, Kryzotynib	18587,23	19516,59	19516,59	B.6.	bezpłatny	0 zł
80	Crizotinibum	Xalkori, kaps. twarde, 250 mg	60 szt.	05909991004507	2021-01-01	1 rok 8 miesięcy	1151.0, Kryzotynib	23234,04	24395,74	24395,74	B.6.	bezpłatny	0 zł
81	Dabrafenibum	Tafinlar, kaps. twarde, 50 mg	120 szt.	05909991078591	2021-01-01	2 lata	1136.0, Inhibitory kinaz białkowych - dabrafenib	17794,08	18683,78	18683,78	B.59.	bezpłatny	0 zł
82	Dabrafenibum	Tafinlar, kaps. twarde, 50 mg	28 szt.	05909991078584	2021-01-01	2 lata	1136.0, Inhibitory kinaz białkowych - dabrafenib	4151,95	4359,55	4359,55	B.59.	bezpłatny	0 zł
83	Dabrafenibum	Tafinlar, kaps. twarde, 75 mg	120 szt.	05909991078645	2021-01-01	2 lata	1136.0, Inhibitory kinaz białkowych - dabrafenib	26691,12	28025,68	28025,68	B.59.	bezpłatny	0 zł
84	Dabrafenibum	Tafinlar, kaps. twarde, 75 mg	28 szt.	05909991078607	2021-01-01	2 lata	1136.0, Inhibitory kinaz białkowych - dabrafenib	6227,93	6539,33	6539,33	B.59.	bezpłatny	0 zł
85	Daratumumabum	Darzalex, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol. 20 ml	05909991275235	2019-07-01	2 lata	1187.0, Daratumumab	7589,81	7969,30	7969,28	B.54.	bezpłatny	0 zł
86	Daratumumabum	Darzalex, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol. 5 ml	05909991275228	2019-07-01	2 lata	1187.0, Daratumumab	1897,45	1992,32	1992,32	B.54.	bezpłatny	0 zł
87	Darbepoetinum alfa	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 20 µg/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990738779	2019-07-01	3 lata	1043.1, czynniki stymulujące erytropoezę - darbepoetyna	136,08	142,88	142,88	B.37.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
88	Darbepoetinum alfa	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 30 µg/0,3 ml	1 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990738793	2019-07-01	3 lata	1043.1, czynniki stymulujące erytropoezę - darbepoetyna	204,12	214,33	214,33	B.37.	bezpłatny	0 zł
89	Darbepoetinum alfa	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 40 µg/0,4 ml	1 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990738847	2019-07-01	3 lata	1043.1, czynniki stymulujące erytropoezę - darbepoetyna	272,16	285,77	285,77	B.37.	bezpłatny	0 zł
90	Darbepoetinum alfa	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 50 µg/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990738861	2019-07-01	3 lata	1043.1, czynniki stymulujące erytropoezę - darbepoetyna	340,20	357,21	357,21	B.37.	bezpłatny	0 zł
91	Darbepoetinum alfa	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 60 µg/0,3 ml	1 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990738885	2019-07-01	3 lata	1043.1, czynniki stymulujące erytropoezę - darbepoetyna	408,24	428,65	428,65	B.37.	bezpłatny	0 zł
92	Dazatynib	Sprycel, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990671601	<1>2019-11-01/<2>2018-11-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	14009,68	14710,16	14710,16	<1>B.14.; <2>B.65.	bezpłatny	0 zł
93	Dazatynib	Sprycel, tabl. powl., 140 mg	30 szt.	05909990818655	<1>2019-11-01/<2>2018-11-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	19613,56	20594,24	20594,24	<1>B.14.; <2>B.65.	bezpłatny	0 zł
94	Dazatynib	Sprycel, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909990621323	<1>2019-11-01/<2>2018-11-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	5603,87	5884,06	5884,06	<1>B.14.; <2>B.65.	bezpłatny	0 zł
95	Dazatynib	Sprycel, tabl. powl., 50 mg	60 szt.	05909990621354	<1>2019-11-01/<2>2018-11-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	14009,68	14710,16	14710,16	<1>B.14.; <2>B.65.	bezpłatny	0 zł
96	Dazatynib	Sprycel, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909990818631	<1>2019-11-01/<2>2018-11-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	11207,74	11768,13	11768,13	<1>B.14.; <2>B.65.	bezpłatny	0 zł
97	Dimethylis fumaras	Tecfidera, kaps. dojel. twarde, 120 mg	14 kaps.	00646520415445	2020-09-01	2 lata	1145.0, Fumaran dimetylu	1021,68	1072,76	1072,76	B.29.	bezpłatny	0 zł
98	Dimethylis fumaras	Tecfidera, kaps. dojel. twarde, 240 mg	56 kaps.	00646520415452	2020-09-01	2 lata	1145.0, Fumaran dimetylu	4086,72	4291,06	4291,06	B.29.	bezpłatny	0 zł
99	Dinutuximab beta	Qarziba, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4,5 mg/ml	1 fiol.po 4,5 ml	05060146291736	2020-09-01	2 lata	1208.0, Dinutuksymab beta	39580,62	41559,65	41559,65	B.110.	bezpłatny	0 zł
100	Durvalumabum	Imfinzi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.a 10 ml	05000456031493	2021-01-01	2 lata	1218.0, Durwalumab	9828,00	10319,40	10319,40	B.6.	bezpłatny	0 zł
101	Durvalumabum	Imfinzi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.a 2,4 ml	05000456031486	2021-01-01	2 lata	1218.0, Durwalumab	2358,72	2476,66	2476,66	B.6.	bezpłatny	0 zł
102	Eculizumabum	Soliris, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg	1 fiol. 30 ml	05909990643776	<1>2020-01-01/<2>2019-05-01	2 lata	1171.0, Ekulizumab	18361,08	19279,13	19279,13	<1>B.95.; <2>B.96.	bezpłatny	0 zł
103	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	2020-01-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	2883,60	3027,78	3027,78	B.15.	bezpłatny	0 zł
104	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	2020-01-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	4325,40	4541,67	4541,67	B.15.	bezpłatny	0 zł
105	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	2020-01-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	5767,20	6055,56	6055,56	B.15.	bezpłatny	0 zł
106	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	2020-01-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	720,90	756,95	756,95	B.15.	bezpłatny	0 zł
107	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	2020-01-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	8650,80	9083,34	9083,34	B.15.	bezpłatny	0 zł
108	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	2020-01-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	1441,80	1513,89	1513,89	B.15.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
109	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	2019-09-01	2 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	4644,00	4876,20	2812,32	B.15.	bezpłatny	0 zł
110	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	2019-09-01	2 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	9288,00	9752,40	5624,64	B.15.	bezpłatny	0 zł
111	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	2019-09-01	2 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	1161,00	1219,05	703,08	B.15.	bezpłatny	0 zł
112	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	2019-09-01	2 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	13932,00	14628,60	8436,96	B.15.	bezpłatny	0 zł
113	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	2019-09-01	2 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	2322,00	2438,10	1406,16	B.15.	bezpłatny	0 zł
114	Elbasvirum + Grazoprevirum	Zepatier, tabl. powl., 50+100 mg	28 szt.	05901549325102	2019-05-01	2 lata	1135.5, Leki przeciwwirusowe - elbaswir, grazoprewir	45360,00	47628,00	47628,00	B.71.	bezpłatny	0 zł
115	Eliglustatum	Cerdelga, kaps. twarde, 84 mg	56 szt.	05909991205942	2020-03-01	2 lata	1204.0, Eliglustat	85644,00	89926,20	89926,20	B.23.	bezpłatny	0 zł
116	Eltrombopagum	Revolade, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	05909990748204	2021-03-01	2 lata	1172.0, Eltrombopag	3218,23	3379,14	3379,14	B.97.; B.98.	bezpłatny	0 zł
117	Eltrombopagum	Revolade, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990748235	2021-03-01	2 lata	1172.0, Eltrombopag	6436,45	6758,27	6758,27	B.97.; B.98.	bezpłatny	0 zł
118	Encorafenibum	Braftovi, kaps. twarde, 50 mg	28 szt.	03573994003939	2020-09-01	2 lata	1213.0, Enkorafenib	3433,32	3604,99	3604,99	B.59.	bezpłatny	0 zł
119	Encorafenibum	Braftovi, kaps. twarde, 75 mg	42 szt.	03573994003946	2020-09-01	2 lata	1213.0, Enkorafenib	6577,20	6906,06	6906,06	B.59.	bezpłatny	0 zł
120	Entecavirum	Entecavir Aurovitas, tabl. powl., 0,5 mg	30 szt.	05909991363734	2020-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	91,79	96,38	96,38	<1>B.1.; <2>B.106.	bezpłatny	0 zł
121	Entecavirum	Entecavir Aurovitas, tabl. powl., 1 mg	30 szt.	05909991363826	2020-01-01	3 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	183,58	192,76	192,76	B.1.	bezpłatny	0 zł
122	Entecavirum	Entecavir Polpharma, tabl. powl., 0,5 mg	30 szt.	05909991337957	<1>2021-01-01/<2>2020-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	410,40	430,92	430,92	<1>B.1.; <2>B.106.	bezpłatny	0 zł
123	Entecavirum	Entecavir Polpharma, tabl. powl., 1 mg	30 szt.	05909991337971	2021-01-01	3 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	820,80	861,84	861,84	B.1.	bezpłatny	0 zł
124	Entecavirum	Entecavir Stada, tabletki powlekane, 0,5 mg	30 tabl.	05909991338022	<1>2018-05-01/<2>2020-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	286,20	300,51	300,51	<1>B.1.; <2>B.106.	bezpłatny	0 zł
125	Entecavirum	Entecavir Stada, tabletki powlekane, 1 mg	30 tabl.	05909991338046	2018-05-01	3 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	572,40	601,02	601,02	B.1.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
126	Entecavirum	Entecavir Synoptis, tabletki powlekane, 0,5 mg	30 szt.	05909991347451	<1>2019-07-01/<2>2020-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	91,80	96,39	96,39	<1>B.1.; <2>B.106.	bezpłatny	0 zł
127	Entecavirum	Entecavir Synoptis, tabletki powlekane, 1 mg	30 szt.	05909991347468	2019-07-01	3 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	183,60	192,78	192,78	B.1.	bezpłatny	0 zł
128	Entecavirum	Entecavir Zentiva, tabletki powlekane, 0,5 mg	30 tabl.	05909991369576	<1>2019-03-01/<2>2020-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	91,80	96,39	96,39	<1>B.1.; <2>B.106.	bezpłatny	0 zł
129	Entecavirum	Entecavir Zentiva, tabletki powlekane, 1 mg	30 tabl.	05909991369590	2019-03-01	3 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	183,60	192,78	192,78	B.1.	bezpłatny	0 zł
130	Entecavirum	Entekavir Adamed , tabl. powl., 0,5 mg	30 szt.	05906414003123	<1>2021-03-01/<2>2020-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	361,80	379,89	379,89	<1>B.1.; <2>B.106.	bezpłatny	0 zł
131	Entecavirum	Entekavir Adamed , tabl. powl., 1 mg	30 szt.	05906414003130	2021-03-01	3 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	723,60	759,78	759,78	B.1.	bezpłatny	0 zł
132	Entecavirum monohydricum	Entecavir Accord, tabl. powl., 0,5 mg	30 szt.	05055565742532	<1>2021-01-01/<2>2020-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	215,95	226,75	226,75	<1>B.1.; <2>B.106.	bezpłatny	0 zł
133	Entecavirum monohydricum	Entecavir Accord, tabl. powl., 1 mg	30 szt.	05055565742549	2021-01-01	3 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	431,89	453,48	453,48	B.1.	bezpłatny	0 zł
134	Enzalutamidum	Xtandi, kapsułka miękka, 40 mg	112 kaps.	05909991080938	2019-09-01	2 lata	1168.0, Enzalutamid	13296,96	13961,81	13961,81	B.56.	bezpłatny	0 zł
135	Epoetinum alfa	Binocrit, roztwór do wstrzykiwań, 1000 j.m./0,5 ml	6 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990072378	2019-01-01	3 lata	1043.0, czynniki stymulujące erytropoezę	162,00	170,10	170,10	B.37.	bezpłatny	0 zł
136	Epoetinum alfa	Binocrit, roztwór do wstrzykiwań, 2000 j.m./ml	6 amp-strz.po 1 ml	05909990072392	2019-01-01	3 lata	1043.0, czynniki stymulujące erytropoezę	324,00	340,20	340,20	B.37.	bezpłatny	0 zł
137	Epoetinum alfa	Binocrit, roztwór do wstrzykiwań, 3000 j.m./0,3 ml	6 amp-strz.po 0,3 ml	05909990072439	2019-01-01	3 lata	1043.0, czynniki stymulujące erytropoezę	486,00	510,30	510,30	B.37.	bezpłatny	0 zł
138	Epoetinum alfa	Binocrit, roztwór do wstrzykiwań, 4000 j.m./0,4 ml	6 amp-strz.po 0,4 ml	05909990072453	2019-01-01	3 lata	1043.0, czynniki stymulujące erytropoezę	648,00	680,40	680,40	B.37.	bezpłatny	0 zł
139	Epoprostenolum	Veletri, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 0,5 mg	1 fiol.	05909991089085	2020-11-01	3 lata	1130.0, Epoprostenol	94,28	98,99	98,99	B.31.	bezpłatny	0 zł
140	Epoprostenolum	Veletri, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 1,5 mg	1 fiol.	05909991089092	2020-11-01	3 lata	1130.0, Epoprostenol	282,85	296,99	296,99	B.31.	bezpłatny	0 zł
141	Etanerceptum	Benepali, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 25 mg	4 amp.-strzyk. 0,51 ml	08809593170983	2019-05-01	3 lata	1050.2, blokery TNF - etanercept	1137,24	1194,10	1077,30	B.33.; B.35.; B.36.; B.47.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
142	Etanerceptum	Benepali, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg	4 amp.-wstrz.po 1 ml	08809593170969	2019-05-01	3 lata	1050.2, blokery TNF - etanercept	2274,48	2388,20	2154,60	B.33.; B.35.; B.36.; B.47.	bezpłatny	0 zł
143	Etanerceptum	Benepali, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 50 mg	4 wstrz.po 1 ml	08809593170976	2019-05-01	3 lata	1050.2, blokery TNF - etanercept	2274,48	2388,20	2154,60	B.33.; B.35.; B.36.; B.47.	bezpłatny	0 zł
144	Etanerceptum	Enbrel, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań do stosowania u dzieci, 10 mg/ml	4 fiol. + 4 amp.-strz.+ 4 igły + 4 nasadki na fiol. + 8 gazików	05909990880881	2019-09-01	3 lata	1050.2, blokery TNF - etanercept	550,80	578,34	430,92	B.33.	bezpłatny	0 zł
145	Etanerceptum	Enbrel, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 25 mg/ml	4 fiol. + 4 amp.-strz.+ 4 igły + 4 nasadki na fiol. + 8 gazików	05909990777938	<1><2><3>2019-09-01/<4>2018-11-01/<5>2021-01-01	<1><2><3><4>3 lata/<5>2 lata	1050.2, blokery TNF - etanercept	1377,00	1445,85	1077,30	<1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.47.; <5>B.82.	bezpłatny	0 zł
146	Etanerceptum	Enbrel, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg	4 amp.-strz.po 1 ml + 4 gaziki z alkoholem	05909990618255	<1><2><3>2019-07-01/<4>2018-11-01/<5>2020-09-01	<1><2><3><4>3 lata/<5>2 lata	1050.2, blokery TNF - etanercept	2754,00	2891,70	2154,60	<1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.47.; <5>B.82.	bezpłatny	0 zł
147	Etanerceptum	Enbrel, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 50 mg	4 wstrz.po 1 ml + 4 gaziki z alkoholem	05909990712755	<1><2><3>2019-07-01/<4>2018-11-01/<5>2020-09-01	<1><2><3><4>3 lata/<5>2 lata	1050.2, blokery TNF - etanercept	2754,00	2891,70	2154,60	<1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.47.; <5>B.82.	bezpłatny	0 zł
148	Etanerceptum	Erelzi, roztwór do wstrzykiwań, 25 mg	4 amp.-strzyk. 0,5 ml	09002260025770	<1><2>2020-11-01/<3>2021-01-01	<1>3 lata/<2><3>2 lata	1050.2, blokery TNF - etanercept	1026,00	1077,30	1077,30	<1>B.33.; B.35.; B.36.; <2>B.47.; <3>B.82.	bezpłatny	0 zł
149	Etanerceptum	Erelzi, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg	4 amp.-strzyk.	09002260025794	<1><2>2020-11-01/<3>2021-01-01	<1>3 lata/<2><3>2 lata	1050.2, blokery TNF - etanercept	2052,00	2154,60	2154,60	<1>B.33.; B.35.; B.36.; <2>B.47.; <3>B.82.	bezpłatny	0 zł
150	Etanerceptum	Erelzi, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg	4 wstrzykiwacze 1 ml	09002260025787	<1><2>2020-11-01/<3>2021-01-01	<1>3 lata/<2><3>2 lata	1050.2, blokery TNF - etanercept	2052,00	2154,60	2154,60	<1>B.33.; B.35.; B.36.; <2>B.47.; <3>B.82.	bezpłatny	0 zł
151	Everolimusum	Afinitor, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990711598	<1>2019-07-01/<2>2020-11-01	3 lata	1086.0, Ewerolimus	14580,00	15309,00	8505,00	<1>B.10.; <2>B.53.	bezpłatny	0 zł
152	Everolimusum	Afinitor, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990711567	<1>2019-07-01/<2>2020-11-01	3 lata	1086.0, Ewerolimus	10476,00	10999,80	4252,50	<1>B.10.; <2>B.53.	bezpłatny	0 zł
153	Everolimusum	Everolimus Accord, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991383596	2019-03-01	3 lata	1086.0, Ewerolimus	8100,00	8505,00	8505,00	B.10.; B.53.	bezpłatny	0 zł
154	Everolimusum	Everolimus Accord, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909991383480	2019-03-01	3 lata	1086.0, Ewerolimus	2025,00	2126,25	2126,25	B.10.; B.53.	bezpłatny	0 zł
155	Everolimusum	Everolimus Accord, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991383565	2019-03-01	3 lata	1086.0, Ewerolimus	4050,00	4252,50	4252,50	B.10.; B.53.	bezpłatny	0 zł
156	Everolimusum	Everolimus Stada, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991372538	2019-05-01	3 lata	1086.0, Ewerolimus	4903,20	5148,36	5148,36	B.10.; B.53.	bezpłatny	0 zł
157	Everolimusum	Everolimus Stada, tabl., 10 mg	90 szt.	05909991372545	2019-05-01	3 lata	1086.0, Ewerolimus	14709,60	15445,08	15445,08	B.10.; B.53.	bezpłatny	0 zł
158	Everolimusum	Everolimus Stada, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991372514	2019-05-01	3 lata	1086.0, Ewerolimus	2451,60	2574,18	2574,18	B.10.; B.53.	bezpłatny	0 zł
159	Everolimusum	Everolimus Stada, tabl., 5 mg	90 szt.	05909991372521	2019-05-01	3 lata	1086.0, Ewerolimus	7354,80	7722,54	7722,54	B.10.; B.53.	bezpłatny	0 zł
160	Everolimusum	Votubia, tabl., 10 mg	30 tabl.	05909990900602	2019-05-01	2 lata	1086.1, Ewerolimus - 2	16159,18	16967,14	16967,14	B.89.	bezpłatny	0 zł
161	Everolimusum	Votubia, tabl., 2,5 mg	30 tabl.	05909990900565	2019-05-01	2 lata	1086.1, Ewerolimus - 2	6429,78	6751,27	6751,27	B.89.	bezpłatny	0 zł
162	Everolimusum	Votubia, tabl., 5 mg	30 tabl.	05909990900589	2019-05-01	2 lata	1086.1, Ewerolimus - 2	12088,44	12692,86	12692,86	B.89.	bezpłatny	0 zł
163	Evolocumabum	Repatha, roztwór do wstrzykiwań, 140 mg	2 wstrzykiwacze	05909991224370	2020-11-01	2 lata	1198.0, Ewolokumab	1700,14	1785,15	1785,15	B.101.	bezpłatny	0 zł
164	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	2019-07-01	3 lata	1091.2, Factor IX coagulationis humanus	1902,96	1998,11	1998,11	B.15.	bezpłatny	0 zł
165	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	2019-07-01	3 lata	1091.2, Factor IX coagulationis humanus	951,48	999,05	999,05	B.15.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
166	Factor IX coagulationis humanus	Octanine F 1000 IU, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.	1 fiol.	05909990799374	2019-07-01	3 lata	1091.2, Factor IX coagulationis humanus	1846,80	1939,14	1939,14	B.15.	bezpłatny	0 zł
167	Factor IX coagulationis humanus	Octanine F 500 IU, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.	1 fiol.	05909990799367	2019-07-01	3 lata	1091.2, Factor IX coagulationis humanus	923,40	969,57	969,57	B.15.	bezpłatny	0 zł
168	Factor VIII coagulationis humanus	Beriate 1000, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 1000 j.m.	1 fiol.z prosz. + 1 fiol.z rozp.po 10 ml	05909991213695	2019-11-01	3 lata	1090.2, Factor VIII coagulationis humanus	1846,80	1939,14	1494,62	B.15.	bezpłatny	0 zł
169	Factor VIII coagulationis humanus	Beriate 500, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 500 j.m.	1 fiol.z prosz. + 1 fiol.z rozp.po 5 ml	05909991213688	2019-11-01	3 lata	1090.2, Factor VIII coagulationis humanus	923,40	969,57	747,31	B.15.	bezpłatny	0 zł
170	Factor VIII coagulationis humanus	Immunate 1000 IU FVIII/750 IU VWF, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m./fiol.	1 zestaw: fiol. proszku + fiol. rozp. + zestaw do przenoszenia lub filtrowania + strzykawka + igła + zestaw do infuzji	05909990573615	2019-07-01	3 lata	1090.2, Factor VIII coagulationis humanus	1423,44	1494,61	1494,61	B.15.	bezpłatny	0 zł
171	Factor VIII coagulationis humanus	Immunate 250 IU FVIII/190 IU VWF, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m./fiol.	1 zestaw: fiol. proszku + fiol. rozp. + zestaw do przenoszenia lub filtrowania + strzykawka + igła + zestaw do infuzji	05909990573554	2019-07-01	3 lata	1090.2, Factor VIII coagulationis humanus	355,86	373,65	373,65	B.15.	bezpłatny	0 zł
172	Factor VIII coagulationis humanus	Immunate 500 IU FVIII/375 IU VWF, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m./fiol.	1 zestaw: fiol. proszku + fiol. rozp. + zestaw do przenoszenia lub filtrowania + strzykawka + igła + zestaw do infuzji	05909990573561	2019-07-01	3 lata	1090.2, Factor VIII coagulationis humanus	711,72	747,31	747,31	B.15.	bezpłatny	0 zł
173	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	2019-07-01	3 lata	1090.2, Factor VIII coagulationis humanus	1846,80	1939,14	1494,62	B.15.	bezpłatny	0 zł
174	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	2019-07-01	3 lata	1090.2, Factor VIII coagulationis humanus	461,70	484,79	373,66	B.15.	bezpłatny	0 zł
175	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	2019-07-01	3 lata	1090.2, Factor VIII coagulationis humanus	923,40	969,57	747,31	B.15.	bezpłatny	0 zł
176	Fingolimodum	Gilenya, kaps. twarde, 0,5 mg	28 kaps.	05909990856480	2020-03-01	2 lata	1105.0, Fingolimod	6789,42	7128,89	7128,89	B.46.	bezpłatny	0 zł
177	Glatirameri acetas	Copaxone, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	28 amp-strzyk.	05909990017065	2020-09-01	2 lata	1061.0, Glatirameri acetas	3240,00	3402,00	2447,17	B.29.	bezpłatny	0 zł
178	Glatirameri acetas	Copaxone, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml	12 amp.-strz.po 1 ml	05909991216382	2019-11-01	3 lata	1061.0, Glatirameri acetas	3510,00	3685,50	2097,57	B.29.	bezpłatny	0 zł
179	Glatirameri acetas	Remurel, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	28 amp.-strz. po 1 ml	05909991282882	2020-11-01	2 lata	1061.0, Glatirameri acetas	2330,64	2447,17	2447,17	B.29.	bezpłatny	0 zł
180	Glatirameri acetas	Remurel, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 40 mg/ml	12 amp.-strz.po 1 ml	05909991353926	2020-09-01	2 lata	1061.0, Glatirameri acetas	1998,00	2097,90	2097,57	B.29.	bezpłatny	0 zł
181	Glecaprevirum + Pibrentasvirum	Maviret, tabl. powl., 100+40 mg	84 szt.	08054083015927	2020-09-01	2 lata	1179.0, Glecaprevir + Pibrentasvir	53222,40	55883,52	55883,52	B.71.	bezpłatny	0 zł
182	Golimumabum	Simponi, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg	1 wstrzykiwacz	05909990717187	2019-09-01	3 lata	1050.4, blokery TNF - golimumab	2772,63	2911,26	2911,26	B.33.; B.35.; B.36.	bezpłatny	0 zł
183	Guselkumabum	Tremfya, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	1 amp.-strzyk.po 1 ml	05413868113006	2020-09-01	2 lata	1212.0, Guselkumab	9720,00	10206,00	10206,00	B.47.	bezpłatny	0 zł
184	Ibrutinibum	Imbruvica, kapsułki twarde, 140 mg	90 szt.	05909991195137	2021-01-01	2 lata	1166.0, Ibrutynib	23328,00	24494,40	24494,40	B.92.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
185	Idursulfasum	Elaprase, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 3 ml	05909990053742	2020-01-01	3 lata	1062.0, Idursulfase	10464,31	10987,53	10987,53	B.25.	bezpłatny	0 zł
186	Iloprostum	Ventavis, roztwór do inhalacji z nebulizatora, 20 µg/ml	42 szt.	05908229300633	2019-01-01	3 lata	1063.0, Iloprost	1801,25	1891,31	1891,31	B.31.	bezpłatny	0 zł
187	Iloprostum	Ventavis , roztwór do inhalacji z nebulizatora, 10 µg/ml	30 amp.po 1 ml	05909990609079	2019-07-01	3 lata	1063.0, Iloprost	1350,00	1417,50	1417,50	B.31.	bezpłatny	0 zł
188	Imatinibum	Glivec, tabl. powl., 100 mg	120 tabl.	05909990010356	2018-09-01	3 lata	1064.0, Imatynib	8976,00	9424,80	9424,80	B.3.	bezpłatny	0 zł
189	Imatinibum	Glivec, tabl. powl., 400 mg	90 szt.	05909990010349	2018-07-01	3 lata	1064.0, Imatynib	26928,00	28274,40	28274,40	B.3.	bezpłatny	0 zł
190	Imiglucerasum	Cerezyme, proszek do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji, 400 j.m.	1 fiol.	05909990943012	2019-07-01	3 lata	1065.0, Imiglucerasum	5797,75	6087,64	6087,64	B.23.	bezpłatny	0 zł
191	Immunoglobulinum humanum	Flebogamma DIF, roztwór do infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	05909990797868	<1>2019-01-01/<2><3>2019-05-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	810,00	850,50	850,50	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
192	Immunoglobulinum humanum	Flebogamma DIF, roztwór do infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.po 200 ml	05909990797875	<1>2019-07-01/<2><3>2019-05-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	1620,00	1701,00	1701,00	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
193	Immunoglobulinum humanum	Hizentra, roztwór do wstrzykiwań, 0,2 g/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990869572	<1>2019-01-01/<2>2019-07-01/<3>2020-09-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	410,40	430,92	429,55	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
194	Immunoglobulinum humanum	Hizentra, roztwór do wstrzykiwań, 0,2 g/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990869657	<1>2019-01-01/<2>2019-07-01/<3>2020-09-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	820,80	861,84	859,09	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
195	Immunoglobulinum humanum	Hizentra, roztwór do wstrzykiwań, 0,2 g/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990869541	<1>2019-01-01/<2>2019-07-01/<3>2020-09-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	205,20	215,46	214,77	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
196	Immunoglobulinum humanum	Hizentra, roztwór do wstrzykiwań, 0,2 g/ml	1 fiol.po 50 ml	05909991067380	<1>2019-07-01/<2>2020-09-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	2052,00	2154,60	2147,73	<1>B.62.; <2>B.67.	bezpłatny	0 zł
197	Immunoglobulinum humanum	Privigen, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	05909990725793	<1>2019-01-01/<2>2018-11-01/<3>2019-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	2052,00	2154,60	2154,60	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
198	Immunoglobulinum humanum	Privigen, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 200 ml	05909990725809	<1>2019-01-01/<2>2018-11-01/<3>2019-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	4104,00	4309,20	4309,20	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
199	Immunoglobulinum humanum	Privigen, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909990725823	<1>2019-01-01/<2>2018-11-01/<3>2019-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	513,00	538,65	538,65	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
200	Immunoglobulinum humanum	Privigen, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 400 ml	05909991078676	<1>2018-11-01/<2>2019-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	8208,00	8618,40	8618,40	<1>B.62.; <2>B.67.	bezpłatny	0 zł
201	Immunoglobulinum humanum	Privigen, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909990725786	<1>2019-01-01/<2>2018-11-01/<3>2019-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	1026,00	1077,30	1077,30	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
202	Immunoglobulinum humanum normale	Cuvitru, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 fiol. 10 ml	05909991292898	<1>2017-11-01/<2>2020-11-01	<1>5 lat/<2>3 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	410,40	430,92	429,55	<1>B.17.; <2>B.62.	bezpłatny	0 zł
203	Immunoglobulinum humanum normale	Cuvitru, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 fiol. 20 ml	05909991292874	<1>2017-11-01/<2>2020-11-01	<1>5 lat/<2>3 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	820,80	861,84	859,09	<1>B.17.; <2>B.62.	bezpłatny	0 zł
204	Immunoglobulinum humanum normale	Cuvitru, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 fiol. 40 ml	05909991292904	<1>2017-11-01/<2>2020-11-01	<1>5 lat/<2>3 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	1641,60	1723,68	1718,18	<1>B.17.; <2>B.62.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
205	Immunoglobulinum humanum normale	Cuvitru, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 fiol. 5 ml	05909991292881	<1>2017-11-01/<2>2020-11-01	<1>5 lat/<2>3 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	205,20	215,46	214,77	<1>B.17.; <2>B.62.	bezpłatny	0 zł
206	Immunoglobulinum humanum normale	Gammanorm, roztwór do wstrzykiwań, 165 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990729883	<1>2019-01-01/<2>2019-11-01	3 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	337,50	354,38	354,38	<1>B.17.; <2>B.62.	bezpłatny	0 zł
207	Immunoglobulinum humanum normale	Gammanorm, roztwór do wstrzykiwań, 165 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990729944	<1>2019-11-01/<2>2019-03-01	3 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	675,00	708,75	708,75	<1>B.17.; <2>B.62.	bezpłatny	0 zł
208	Immunoglobulinum humanum normale	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	05909991072896	2020-09-01	2 lata 8 miesięcy	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	1998,00	2097,90	2097,90	B.17.; B.62.	bezpłatny	0 zł
209	Immunoglobulinum humanum normale	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 200 ml	05909991072902	2020-09-01	2 lata 8 miesięcy	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	3996,00	4195,80	4195,80	B.17.; B.62.	bezpłatny	0 zł
210	Immunoglobulinum humanum normale	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909991072872	2020-09-01	2 lata 8 miesięcy	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	499,50	524,48	524,48	B.17.; B.62.	bezpłatny	0 zł
211	Immunoglobulinum humanum normale	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 300 ml	05909991072926	2020-09-01	2 lata 8 miesięcy	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	5994,00	6293,70	6293,70	B.17.; B.62.	bezpłatny	0 zł
212	Immunoglobulinum humanum normale	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909991072889	2020-09-01	2 lata 8 miesięcy	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	999,00	1048,95	1048,95	B.17.; B.62.	bezpłatny	0 zł
213	Immunoglobulinum humanum normale	Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol. 10 ml	05909990425143	<1>2019-01-01/<2>2018-09-01/<3>2019-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	205,20	215,46	215,46	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
214	Immunoglobulinum humanum normale	Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol. 100 ml	05909990425174	<1>2019-01-01/<2>2018-09-01/<3>2019-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	2052,00	2154,60	2154,60	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
215	Immunoglobulinum humanum normale	Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol. 200 ml	05909990425181	<1>2019-01-01/<2>2018-09-01/<3>2019-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	4104,00	4309,20	4309,20	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
216	Immunoglobulinum humanum normale	Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol. 25 ml	05909990425150	<1>2019-01-01/<2>2018-09-01/<3>2019-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	513,00	538,65	538,65	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
217	Immunoglobulinum humanum normale	Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol. 300 ml	05909990782208	<1>2019-01-01/<2>2018-09-01/<3>2019-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	6156,00	6463,80	6463,80	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
218	Immunoglobulinum humanum normale	Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol. 50 ml	05909990425167	<1>2019-01-01/<2>2018-09-01/<3>2019-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	1026,00	1077,30	1077,30	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
219	Immunoglobulinum humanum normale	Panzyga, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 butelka 100 ml	05909991268480	2017-05-01	5 lat	1066.0, Immunoglobulinum humanum	1620,00	1701,00	1701,00	B.17.	bezpłatny	0 zł
220	Immunoglobulinum humanum normale	Panzyga, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 butelka 200 ml	05909991268473	2017-05-01	5 lat	1066.0, Immunoglobulinum humanum	3240,00	3402,00	3402,00	B.17.	bezpłatny	0 zł
221	Immunoglobulinum humanum normale	Panzyga, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 butelka 300 ml	05909991268459	2017-05-01	5 lat	1066.0, Immunoglobulinum humanum	4860,00	5103,00	5103,00	B.17.	bezpłatny	0 zł
222	Immunoglobulinum humanum normale	Panzyga, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 butelka 50 ml	05909991268497	2017-05-01	5 lat	1066.0, Immunoglobulinum humanum	810,00	850,50	850,50	B.17.	bezpłatny	0 zł
223	Immunoglobulinum humanum normale	Panzyga, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 butelka 60 ml	05909991268503	2017-05-01	5 lat	1066.0, Immunoglobulinum humanum	972,00	1020,60	1020,60	B.17.	bezpłatny	0 zł
224	Immunoglobulinum humanum normale	Panzyga, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol. 10 ml	05909991268466	2017-05-01	5 lat	1066.0, Immunoglobulinum humanum	162,00	170,10	170,10	B.17.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
225	Immunoglobulinum humanum normale	Panzyga, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol. 25 ml	05909991268510	2017-05-01	5 lat	1066.0, Immunoglobulinum humanum	405,00	425,25	425,25	B.17.	bezpłatny	0 zł
226	Immunoglobulinum humanum normale ad usum intravenosum	Ig VENA, roztwór do infuzji, 50 g/l	1 fiol.po 100 ml + zest. do infuzji	05909990049875	<1>2019-01-01/<2>2018-11-01/<3>2019-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	793,80	833,49	833,49	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
227	Immunoglobulinum humanum normale ad usum intravenosum	Ig VENA, roztwór do infuzji, 50 g/l	1 fiol.po 20 ml	05909990049868	2019-01-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	158,76	166,70	166,70	B.17.	bezpłatny	0 zł
228	Immunoglobulinum humanum normale ad usum intravenosum	Ig VENA, roztwór do infuzji, 50 g/l	1 fiol.po 200 ml + zest. do infuzji	05909990049882	<1>2019-01-01/<2>2018-11-01/<3>2019-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	1587,60	1666,98	1666,98	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
229	Immunoglobulinum humanum normale ad usum intravenosum	Ig VENA, roztwór do infuzji, 50 g/l	1 fiol.po 50 ml + zest. do infuzji	05909990049851	<1>2019-01-01/<2>2018-11-01/<3>2019-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	396,90	416,75	416,75	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
230	Immunoglobulinum humanum normale ad usum intravenosum	Octagam, roztwór do infuzji, 10 g/200 ml	1 but.po 200 ml	05909990762712	<1>2019-01-01/<2>2019-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	2007,12	2107,48	2107,48	<1>B.17.; <2>B.67.	bezpłatny	0 zł
231	Immunoglobulinum humanum normale ad usum intravenosum	Octagam, roztwór do infuzji, 2,5 g/50 ml	1 but.po 50 ml	05909990762514	<1>2019-01-01/<2>2019-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	501,78	526,87	526,87	<1>B.17.; <2>B.67.	bezpłatny	0 zł
232	Immunoglobulinum humanum normale ad usum intravenosum	Octagam, roztwór do infuzji, 5 g/100 ml	1 but.po 100 ml	05909990762613	<1>2019-01-01/<2>2019-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	1003,56	1053,74	1053,74	<1>B.17.; <2>B.67.	bezpłatny	0 zł
233	Immunoglobulinum humanum normale ad usum intravenosum	Octagam 10%, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 but.po 100 ml	05909990763887	<1>2019-01-01/<2>2019-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	2007,12	2107,48	2107,48	<1>B.17.; <2>B.67.	bezpłatny	0 zł
234	Immunoglobulinum humanum normale ad usum intravenosum	Octagam 10%, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 but.po 20 ml	05909990763863	<1>2019-01-01/<2>2019-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	401,43	421,50	421,50	<1>B.17.; <2>B.67.	bezpłatny	0 zł
235	Immunoglobulinum humanum normale ad usum intravenosum	Octagam 10%, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 but.po 200 ml	05909990763894	<1>2019-01-01/<2>2019-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	4014,23	4214,94	4214,94	<1>B.17.; <2>B.67.	bezpłatny	0 zł
236	Immunoglobulinum humanum normale ad usum intravenosum	Octagam 10%, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 but.po 50 ml	05909990763870	<1>2019-01-01/<2>2019-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	1003,56	1053,74	1053,74	<1>B.17.; <2>B.67.	bezpłatny	0 zł
237	Infliximabum	Flixabi, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.	05713219492751	2019-05-01	<1>2 lata/<2><3><4><5><6>3 lata	1050.3, blokery TNF - infliksimab	939,60	986,58	782,46	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.; <6>B.55.	bezpłatny	0 zł
238	Infliximabum	Inflectra, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.	05909991078881	2019-01-01	3 lata	1050.3, blokery TNF - infliksimab	988,20	1037,61	782,46	<1>B.33.; <2> B.35.; <3> B.36.	bezpłatny	0 zł
239	Infliximabum	Remicade, proszek do sporządzania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji, 0,1 g	1 fiol.po 20 ml	05909990900114	<1><2><3>2019-07-01/<4>2019-03-01	3 lata	1050.3, blokery TNF - infliksimab	1436,40	1508,22	782,46	<1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.32.	bezpłatny	0 zł
240	Infliximabum	Remsima, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.	05909991086305	<1><3><4>2019-01-01/<5>2019-07-01/<2><6>2021-01-01	3 lata	1050.3, blokery TNF - infliksimab	745,20	782,46	782,46	<1>B.33.; <2>B.32.; <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	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
241	Infliximabum	Zessly, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.	07613421020903	<1><6>2021-03-01/<2><3><4><5>2019-03-01	3 lata	1050.3, blokery TNF - infliksimab	810,00	850,50	782,46	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.; <6>B.55.	bezpłatny	0 zł
242	Inotuzumabum ozogamicini	Besponsa, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 1 mg	1 fiol. proszku	05907636977193	2021-01-01	2 lata	1219.0, Inotuzumab ozogamycyny	42973,20	45121,86	45121,86	B.65.	bezpłatny	0 zł
243	Interferon beta-1b	Betaferon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 300 µg	15 zest.	05909990619375	2020-09-01	2 lata	1024.5, Interferonum beta 1b	2674,08	2807,78	2807,78	B.29.	bezpłatny	0 zł
244	Interferonum beta-1a	Avonex, roztwór do wstrzykiwań, 30 µg/0,5 ml	4 amp.-strz. + 4 igły	05909990008148	2020-09-01	2 lata	1024.41, Interferonum beta 1a a 30 mcg	2928,68	3075,11	3075,11	B.29.	bezpłatny	0 zł
245	Interferonum beta-1a	Avonex, roztwór do wstrzykiwań, 30 µg/0,5 ml	4 wstrz.	05909991001407	2020-09-01	2 lata	1024.41, Interferonum beta 1a a 30 mcg	2928,68	3075,11	3075,11	B.29.	bezpłatny	0 zł
246	Interferonum beta-1a	Rebif, roztwór do wstrzykiwań, 44 µg/0,5 ml	12 amp.-strz.a 0,5 ml	05909990874934	2020-09-01	2 lata	1024.43, Interferonum beta 1a a 44 mcg	3855,60	4048,38	4048,38	B.29.	bezpłatny	0 zł
247	Interferonum beta-1a	Rebif, roztwór do wstrzykiwań, 44 µg/0,5 ml	4 wkł.a 1,5 ml	05909990728497	2020-09-01	2 lata	1024.43, Interferonum beta 1a a 44 mcg	3855,60	4048,38	4048,38	B.29.	bezpłatny	0 zł
248	Ipilimumabum	Yervoy, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji (jałowy koncentrat), 5 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990872442	2020-09-01	10 miesięcy	1124.0, Ipilimumab	14462,94	15186,09	15186,09	B.59.	bezpłatny	0 zł
249	Ipilimumabum	Yervoy, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji (jałowy koncentrat), 5 mg/ml	1 fiol.po 40 ml	05909990872459	2020-09-01	10 miesięcy	1124.0, Ipilimumab	57851,76	60744,35	60744,35	B.59.	bezpłatny	0 zł
250	Ivacaftorum	Kalydeco, tabl. powl., 150 mg	56 szt.	00351167104606	2020-11-01	2 lata	1216.0, Iwakaftor	67176,00	70534,80	70534,80	B.112.	bezpłatny	0 zł
251	Ivacaftorum	Kalydeco, granulat w saszetce, 50 mg	56 szt.	00351167112205	2020-11-01	2 lata	1216.0, Iwakaftor	67176,00	70534,80	70534,80	B.112.	bezpłatny	0 zł
252	Ivacaftorum	Kalydeco, granulat w saszetce, 75 mg	56 szt.	00351167113103	2020-11-01	2 lata	1216.0, Iwakaftor	67176,00	70534,80	70534,80	B.112.	bezpłatny	0 zł
253	Ixekizumabum	Taltz, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/ml	2 wstrzykiwacze 1 ml	05909991282950	<1>2021-01-01/<2>2020-11-01	2 lata	1184.0, Iksekizumab	9280,85	9744,89	9744,89	<1>B.35.; <2>B.47.	bezpłatny	0 zł
254	Karfilzomib	Kyprolis, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg	1 fiol.	05909991298463	2019-11-01	2 lata	1189.0, Karfilzomib	728,28	764,69	764,69	B.54.	bezpłatny	0 zł
255	Karfilzomib	Kyprolis, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 60 mg	1 fiol.	05909991256388	2019-07-01	2 lata	1189.0, Karfilzomib	4369,68	4588,16	4588,14	B.54.	bezpłatny	0 zł
256	Ketoanalogi aminokwasów	Ketosteril, tabl. powl., 630 mg	100 szt.	05909990338511	2021-03-01	2 lata	1220.0, Aminokwasy, w tym mieszaniny z polipeptydami	169,70	178,19	178,19	B.113.	bezpłatny	0 zł
257	Lamivudinum	Lamivudine Mylan, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991259907	2020-01-01	3 lata	1067.0, Lamivudinum	90,72	95,26	95,26	B.1.	bezpłatny	0 zł
258	Lamivudinum	Zeffix, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990479610	2019-01-01	3 lata	1067.0, Lamivudinum	121,47	127,54	95,26	B.1.	bezpłatny	0 zł
259	Lapatynibum	Tyverb, tabl. powl., 250 mg	140 tabl.(but.)	05909990851973	2018-05-01	3 lata	1068.0, Lapatynib	6457,49	6780,36	6780,36	B.9.	bezpłatny	0 zł
260	Lapatynibum	Tyverb, tabl. powl., 250 mg	70 tabl.(but.)	05909990851966	2018-05-01	3 lata	1068.0, Lapatynib	3228,75	3390,19	3390,19	B.9.	bezpłatny	0 zł
261	Laronidasum	Aldurazyme, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 j.m./ml	1 fiol.po 5 ml	05909990005673	2019-07-01	3 lata	1069.0, Laronidasum	2304,72	2419,96	2419,96	B.24.	bezpłatny	0 zł
262	L-carnitine	L-karnityna, proszek, 1 g	50 sasz.	05016533045017	2020-03-01	2 lata	1205.0, L-Karnityna	2187,87	2297,26	2297,26	B.109.	bezpłatny	0 zł
263	Ledipasvirum + Sofosbuvirum	Harvoni, tabl. powl., 90+400 mg	28 szt.	05391507141217	2019-11-01	3 lata	1135.3, Leki przeciwwirusowe - ledipaswir, sofosbuwir	56158,92	58966,87	58966,87	B.71.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
264	Lenalidomidum	Revlimid, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	05909990086702	<1>2019-03-01/<2>2021-01-01	3 lata	1120.0, Lenalidomid	14276,96	14990,81	14990,81	<1>B.54.; <2>B.84.	bezpłatny	0 zł
265	Lenalidomidum	Revlimid, kaps. twarde, 15 mg	21 kaps.	05909990086764	2019-03-01	3 lata	1120.0, Lenalidomid	15059,12	15812,08	15812,08	B.54.	bezpłatny	0 zł
266	Lenalidomidum	Revlimid, kaps. twarde, 25 mg	21 kaps.	05909990086771	2019-03-01	3 lata	1120.0, Lenalidomid	16564,76	17393,00	17393,00	B.54.	bezpłatny	0 zł
267	Lenalidomidum	Revlimid, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	05909990086696	<1>2019-03-01/<2>2021-01-01	3 lata	1120.0, Lenalidomid	13616,86	14297,70	14297,70	<1>B.54.; <2>B.84.	bezpłatny	0 zł
268	Levodopum + Carbidopum	Duodopa, żel dojelitowy, 20+5 mg/ml	1 szt. (7 kasetek po 100 ml)	05909990419135	2019-05-01	2 lata	1162.0, Lewodopa, karbidopa	2889,09	3033,54	3033,54	B.90.	bezpłatny	0 zł
269	Lonoctocog alfa	Afstyla, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol rozp. + zestaw do podawania	05909991326111	2020-09-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	2268,00	2381,40	2381,40	B.15.	bezpłatny	0 zł
270	Lonoctocog alfa	Afstyla, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol rozp. + zestaw do podawania	05909991326128	2020-09-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	3402,00	3572,10	3572,10	B.15.	bezpłatny	0 zł
271	Lonoctocog alfa	Afstyla, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol rozp. + zestaw do podawania	05909991326135	2020-09-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	4536,00	4762,80	4762,80	B.15.	bezpłatny	0 zł
272	Lonoctocog alfa	Afstyla, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol rozp. + zestaw do podawania	05909991326098	2020-09-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	567,00	595,35	595,35	B.15.	bezpłatny	0 zł
273	Lonoctocog alfa	Afstyla, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2500 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol rozp. + zestaw do podawania	05909991326142	2020-09-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	5670,00	5953,50	5953,50	B.15.	bezpłatny	0 zł
274	Lonoctocog alfa	Afstyla, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3000 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol rozp. + zestaw do podawania	05909991326159	2020-09-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	6804,00	7144,20	7144,20	B.15.	bezpłatny	0 zł
275	Lonoctocog alfa	Afstyla, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol rozp. + zestaw do podawania	05909991326104	2020-09-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	1134,00	1190,70	1190,70	B.15.	bezpłatny	0 zł
276	Macytentan	Opsumit, tabl. powl., 10 mg	30 tabl.	07640111931133	2019-09-01	3 lata	1139.0, Macytentan	10277,90	10791,80	10791,80	B.31.	bezpłatny	0 zł
277	Mecaserminum	Increlex, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 fiol.po 4 ml	05909990076024	2020-09-01	3 lata	1071.0, Mecasermine	2664,93	2798,18	2798,18	B.20.	bezpłatny	0 zł
278	Mepolizumabum	Nucala, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg	1 ampułko-strzykawka	05909991407148	2019-11-01	2 lata	1167.0, Mepolizumab	4212,00	4422,60	4422,60	B.44.	bezpłatny	0 zł
279	Mepolizumabum	Nucala, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 100 mg	1 fiol. proszku	05909991246617	2019-11-01	2 lata	1167.0, Mepolizumab	4212,00	4422,60	4422,60	B.44.	bezpłatny	0 zł
280	Mepolizumabum	Nucala, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg	1 wstrzykiwacz	05909991407018	2019-11-01	2 lata	1167.0, Mepolizumab	4212,00	4422,60	4422,60	B.44.	bezpłatny	0 zł
281	Migalastatum	Galafold, kaps. twarde, 123 mg	14 szt.	05909991390273	2020-11-01	2 lata	1215.0, Migalastatum	64570,89	67799,43	67799,43	B.104.	bezpłatny	0 zł
282	Natalizumabum	Tysabri, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg	1 fiol.po 15 ml	05909990084333	2020-09-01	2 lata	1116.0, Natalizumab	6156,00	6463,80	6463,80	B.46.	bezpłatny	0 zł
283	Nilotynibum	Tasigna, kaps. twarde, 200 mg	112 szt.	05909990073535	2020-11-01	3 lata	1072.0, Nilotynib	10588,46	11117,88	11117,88	B.14.	bezpłatny	0 zł
284	Nintedanibum	Ofev, kapsułki miękkie, 100 mg	60 szt.	05909991206444	2020-03-01	2 lata	1173.0, Nintedanib	5238,00	5499,90	5499,90	B.87.	bezpłatny	0 zł
285	Nintedanibum	Ofev, kapsułki miękkie, 150 mg	60 szt.	05909991206468	2020-03-01	2 lata	1173.0, Nintedanib	9288,00	9752,40	9752,40	B.87.	bezpłatny	0 zł
286	Nintedanibum	Vargatef, kapsułki miękkie, 100 mg	120 szt.	05909991203894	2020-09-01	2 lata	1178.0, Nintedanib - 2	9743,12	10230,28	10230,28	B.6.	bezpłatny	0 zł
287	Nintedanibum	Vargatef, kapsułki miękkie, 100 mg	60 szt.	05909991203887	2020-09-01	2 lata	1178.0, Nintedanib - 2	6192,00	6501,60	5115,14	B.6.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
288	Nintedanibum	Vargatef, kapsułki miękkie, 150 mg	60 szt.	05909991203900	2020-09-01	2 lata	1178.0, Nintedanib - 2	9288,00	9752,40	7672,71	B.6.	bezpłatny	0 zł
289	Nitisinonum	Nitisinone MDK, kaps. twarde, 10 mg	60 szt.	05909991358334	2020-11-01	3 lata	1140.0, Nityzynon	5212,35	5472,97	5472,95	B.76.	bezpłatny	0 zł
290	Nitisinonum	Nitisinone MDK, kaps. twarde, 2 mg	60 szt.	05909991358310	2020-11-01	3 lata	1140.0, Nityzynon	1042,47	1094,59	1094,59	B.76.	bezpłatny	0 zł
291	Nitisinonum	Nitisinone MDK, kaps. twarde, 5 mg	60 szt.	05909991358327	2020-11-01	3 lata	1140.0, Nityzynon	2606,18	2736,49	2736,48	B.76.	bezpłatny	0 zł
292	Nitisinonum	Orfadin, kaps. twarde, 10 mg	60 kaps.	05909990214778	2019-11-01	3 lata	1140.0, Nityzynon	6318,00	6633,90	5472,95	B.76.	bezpłatny	0 zł
293	Nitisinonum	Orfadin, kaps. twarde, 10 mg	60 kaps.	07350031442182	2019-11-01	3 lata	1140.0, Nityzynon	6318,00	6633,90	5472,95	B.76.	bezpłatny	0 zł
294	Nitisinonum	Orfadin, kaps. twarde, 2 mg	60 kaps.	05909990214754	2019-11-01	3 lata	1140.0, Nityzynon	1263,60	1326,78	1094,59	B.76.	bezpłatny	0 zł
295	Nitisinonum	Orfadin, kaps. twarde, 2 mg	60 kaps.	07350031442267	2019-11-01	3 lata	1140.0, Nityzynon	1263,60	1326,78	1094,59	B.76.	bezpłatny	0 zł
296	Nitisinonum	Orfadin, kaps. twarde, 20 mg	60 kaps.	05909991218133	2019-11-01	3 lata	1140.0, Nityzynon	12636,00	13267,80	10945,90	B.76.	bezpłatny	0 zł
297	Nitisinonum	Orfadin, kaps. twarde, 20 mg	60 kaps.	07350031441833	2019-11-01	3 lata	1140.0, Nityzynon	12636,00	13267,80	10945,90	B.76.	bezpłatny	0 zł
298	Nitisinonum	Orfadin, kaps. twarde, 5 mg	60 kaps.	05909990214761	2019-11-01	3 lata	1140.0, Nityzynon	3159,00	3316,95	2736,48	B.76.	bezpłatny	0 zł
299	Nitisinonum	Orfadin, kaps. twarde, 5 mg	60 kaps.	07350031442229	2019-11-01	3 lata	1140.0, Nityzynon	3159,00	3316,95	2736,48	B.76.	bezpłatny	0 zł
300	Nivolumabum	Opdivo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909991220518	<1><2><5>2020-09-01/<3>2019-09-01/<4>2021-01-01	2 lata	1144.0, Niwolumab	6388,86	6708,30	6708,30	<1>B.6.; <2>B.10.; <3>B.52.; <4>B.59.; <5>B.100.	bezpłatny	0 zł
301	Nivolumabum	Opdivo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 4 ml	05909991220501	<1><2><5>2020-09-01/<3>2019-09-01/<4>2021-01-01	2 lata	1144.0, Niwolumab	2555,54	2683,32	2683,32	<1>B.6.; <2>B.10.; <3>B.52.; <4>B.59.; <5>B.100.	bezpłatny	0 zł
302	Nonacog alfa	BeneFIX, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz. + 1 zestaw	05909990057207	2019-07-01	3 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	2669,76	2803,25	2803,25	B.15.	bezpłatny	0 zł
303	Nonacog alfa	BeneFIX, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz. + 1 zestaw	05909990057221	2019-07-01	3 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	5339,52	5606,50	5606,50	B.15.	bezpłatny	0 zł
304	Nonacog alfa	BeneFIX, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz. + 1 zestaw	05909990057184	2019-07-01	3 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	667,44	700,81	700,81	B.15.	bezpłatny	0 zł
305	Nonacog alfa	BeneFIX, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz. + 1 zestaw	05909990057191	2019-07-01	3 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	1334,88	1401,62	1401,62	B.15.	bezpłatny	0 zł
306	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	2019-09-01	2 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	2678,40	2812,32	2812,32	B.15.	bezpłatny	0 zł
307	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	2019-09-01	2 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	5356,80	5624,64	5624,64	B.15.	bezpłatny	0 zł
308	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	2019-09-01	2 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	669,60	703,08	703,08	B.15.	bezpłatny	0 zł
309	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	2019-09-01	2 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	8035,20	8436,96	8436,96	B.15.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
310	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	2019-09-01	2 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	1339,20	1406,16	1406,16	B.15.	bezpłatny	0 zł
311	Nusinersenum	Spinraza, roztwór do wstrzykiwań, 12 mg	1 fiol. 5 ml	05713219500975	2021-01-01	2 lata	1185.0, Nusinersen	325080,00	341334,00	341334,00	B.102.	bezpłatny	0 zł
312	Obinutuzumabum	Gazyvaro, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1000 mg	1 fiol.po 40 ml	05902768001105	<1>2020-01-01/<2>2020-09-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1148.0, Obinutuzumab	11502,00	12077,10	12077,10	<1>B.12.; <2>B.79.	bezpłatny	0 zł
313	Ocrelizumabum	Ocrevus, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 30 mg/ml	10 ml	05902768001174	2019-11-01	2 lata	1201.0, Okrelizumab	22499,64	23624,62	23624,62	B.46.	bezpłatny	0 zł
314	Octocog 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	2019-07-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	3067,20	3220,56	3027,78	B.15.	bezpłatny	0 zł
315	Octocog 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	2019-01-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	4600,80	4830,84	4541,67	B.15.	bezpłatny	0 zł
316	Octocog 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	2019-01-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	6134,40	6441,12	6055,56	B.15.	bezpłatny	0 zł
317	Octocog 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	2019-01-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	766,80	805,14	756,95	B.15.	bezpłatny	0 zł
318	Octocog 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	2019-01-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	9201,60	9661,68	9083,34	B.15.	bezpłatny	0 zł
319	Octocog 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	2019-01-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	1533,60	1610,28	1513,89	B.15.	bezpłatny	0 zł
320	Olaparibum	Lynparza, kaps. twarde, 50 mg	448 szt.	05902135480052	2020-09-01	3 lata	1149.0, Olaparyb	21172,32	22230,94	22230,94	B.80.	bezpłatny	0 zł
321	Omalizumabum	Xolair, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg	1 amp.-strzyk. 1 ml	05909990708406	2020-01-01	2 lata	1102.0, Omalizumabum	1404,00	1474,20	1474,20	B.44.; B.107.	bezpłatny	0 zł
322	Omalizumabum	Xolair, roztwór do wstrzykiwań, 75 mg	1 amp.-strzyk. 0,5 ml	05909990708376	2020-01-01	2 lata	1102.0, Omalizumabum	702,00	737,10	737,10	B.44.	bezpłatny	0 zł
323	Osimertinibum	Tagrisso, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05000456012058	2021-01-01	2 lata	1169.0, Ozymertynib	24840,00	26082,00	13041,00	B.6.	bezpłatny	0 zł
324	Osimertinibum	Tagrisso, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05000456012065	2021-01-01	2 lata	1169.0, Ozymertynib	24840,00	26082,00	26082,00	B.6.	bezpłatny	0 zł
325	Paclitaxelum albuminatum	Abraxane, proszek do sporządzania zawiesiny do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol.po 100 mg	05909990930265	2021-01-01	3 lata	1032.1, Paclitaxelum albuminatum	930,85	977,39	977,39	B.85.	bezpłatny	0 zł
326	Palbociclibum	Ibrance, kapsułki twarde, 100 mg	21 szt.	05907636977087	2019-09-01	2 lata	1194.0, Palbocyklib	9869,04	10362,49	8289,99	B.9.	bezpłatny	0 zł
327	Palbociclibum	Ibrance, kapsułki twarde, 125 mg	21 szt.	05907636977094	2019-09-01	2 lata	1194.0, Palbocyklib	9869,04	10362,49	10362,49	B.9.	bezpłatny	0 zł
328	Palbociclibum	Ibrance, kapsułki twarde, 75 mg	21 szt.	05907636977070	2019-09-01	2 lata	1194.0, Palbocyklib	9869,04	10362,49	6217,49	B.9.	bezpłatny	0 zł
329	Palivizumabum	Synagis, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	0,5 ml	08054083006093	2020-03-01	2 lata	1073.0, Palivizumab	1585,71	1665,00	1665,00	B.40.	bezpłatny	0 zł
330	Palivizumabum	Synagis, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	1 ml	08054083006109	2020-03-01	2 lata	1073.0, Palivizumab	3171,42	3329,99	3329,99	B.40.	bezpłatny	0 zł
331	Panitumumabum	Vectibix, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990646555	2020-11-01	2 lata	1096.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - panitumumab	5184,00	5443,20	5443,20	B.4.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
332	Panitumumabum	Vectibix, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990646531	2020-11-01	2 lata	1096.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - panitumumab	1296,00	1360,80	1360,80	B.4.	bezpłatny	0 zł
333	Paricalcitolum	Paricalcitol Fresenius, roztwór do wstrzykiwań, 2 µg/ml	5 fiol.	05909990942022	2021-01-01	3 lata	1131.0, Parykalcytol	63,18	66,34	66,34	B.69.	bezpłatny	0 zł
334	Paricalcitolum	Paricalcitol Fresenius, roztwór do wstrzykiwań, 2 µg/ml	5 fiol.a 1 ml	04046241091243	2021-01-01	3 lata	1131.0, Parykalcytol	63,18	66,34	66,34	B.69.	bezpłatny	0 zł
335	Paricalcitolum	Paricalcitol Fresenius, roztwór do wstrzykiwań, 5 µg/ml	5 fiol. a 1 ml	05909990942060	2021-03-01	3 lata	1131.0, Parykalcytol	157,95	165,85	165,85	B.69.	bezpłatny	0 zł
336	Paricalcitolum	Paricalcitol Fresenius, roztwór do wstrzykiwań, 5 µg/ml	5 fiol.a 1 ml	04046241079906	2021-01-01	3 lata	1131.0, Parykalcytol	157,95	165,85	165,85	B.69.	bezpłatny	0 zł
337	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	05909991200305	2020-09-01	1 rok 6 miesięcy	1174.0, Pasyreotyd	10144,44	10651,66	10651,66	B.99.	bezpłatny	0 zł
338	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	05909991200312	2020-09-01	1 rok 6 miesięcy	1174.0, Pasyreotyd	10404,72	10924,96	10924,96	B.99.	bezpłatny	0 zł
339	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	05909991200336	2020-09-01	1 rok 6 miesięcy	1174.0, Pasyreotyd	10864,80	11408,04	11408,04	B.99.	bezpłatny	0 zł
340	Pazopanibum	Votrient, tabl. powl., 200 mg	30 tabl.	05909990764877	2020-09-01	8 miesięcy	1110.0, Pazopanib	2980,80	3129,84	3129,84	B.8.; B.10.	bezpłatny	0 zł
341	Pazopanibum	Votrient, tabl. powl., 200 mg	90 tabl.	05909990764884	2020-09-01	8 miesięcy	1110.0, Pazopanib	8942,40	9389,52	9389,52	B.8.; B.10.	bezpłatny	0 zł
342	Pazopanibum	Votrient, tabl. powl., 400 mg	30 tabl.	05909990764891	2020-09-01	8 miesięcy	1110.0, Pazopanib	5961,60	6259,68	6259,68	B.8.; B.10.	bezpłatny	0 zł
343	Pazopanibum	Votrient, tabl. powl., 400 mg	60 tabl.	05909990764907	2020-09-01	8 miesięcy	1110.0, Pazopanib	11923,20	12519,36	12519,36	B.8.; B.10.	bezpłatny	0 zł
344	Peginterferonum alfa-2a	Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 270 µg/ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990984718	<1><2>2019-07-01/<3>2020-09-01	<1>3 lata/<2><3>2 lata	1074.1, Peginterferonum alfa 2a	534,79	561,53	561,53	<1>B.1.	bezpłatny	0 zł
345	Peginterferonum alfa-2a	Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 360 µg/ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990984817	<1><2>2019-07-01/<3>2020-09-01	<1>3 lata/<2><3>2 lata	1074.1, Peginterferonum alfa 2a	707,99	743,39	743,39	<1>B.1.	bezpłatny	0 zł
346	Peginterferonum alfa-2a	Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 90 µg/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml (+igła)	05902768001013	<1>2021-03-01/<2>2019-07-01/<3>2020-09-01	<1>3 lata/<2><3>2 lata	1074.1, Peginterferonum alfa 2a	348,32	365,74	365,74	<1>B.1.	bezpłatny	0 zł
347	Peginterferonum beta-1a	Plegridy, roztwór do wstrzykiwań, 125 µg	2 amp.-strz.po 0,5 ml	00646520442274	2020-09-01	2 lata	1074.3, Peginterferonum beta-1a	3075,12	3228,88	3228,88	B.29.	bezpłatny	0 zł
348	Peginterferonum beta-1a	Plegridy, roztwór do wstrzykiwań, 125 µg	2 wstrz.po 0,5 ml	00646520442113	2020-09-01	2 lata	1074.3, Peginterferonum beta-1a	3075,12	3228,88	3228,88	B.29.	bezpłatny	0 zł
349	Peginterferonum beta-1a	Plegridy, roztwór do wstrzykiwań, 63 µg; 94 µg	2 amp.-strz.po 0,5 ml	00646520441970	2020-09-01	2 lata	1074.3, Peginterferonum beta-1a	3075,12	3228,88	2027,74	B.29.	bezpłatny	0 zł
350	Peginterferonum beta-1a	Plegridy, roztwór do wstrzykiwań, 63 µg; 94 µg	2 wstrz.po 0,5 ml	00646520437201	2020-09-01	2 lata	1074.3, Peginterferonum beta-1a	3075,12	3228,88	2027,74	B.29.	bezpłatny	0 zł
351	Pegvisomant	Somavert, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 10 mg	30 amp.-strzyk.	05909990006281	2020-03-01	2 lata	1203.0, Pegwisomant	8316,00	8731,80	8731,80	B.99.	bezpłatny	0 zł
352	Pegvisomant	Somavert, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 15 mg	30 amp.-strzyk.	05909990006298	2020-03-01	2 lata	1203.0, Pegwisomant	12474,00	13097,70	13097,70	B.99.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
353	Pembrolizumabum	Keytruda, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 4 ml	05901549325126	2021-01-01	2 lata	1143.0, Pembrolizumab	14082,64	14786,77	14786,77	B.6.; B.59.	bezpłatny	0 zł
354	Pertuzumabum	Perjeta, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 420 mg	1 fiol.	05902768001006	2019-09-01	2 lata	1147.0, Pertuzumab	11016,00	11566,80	11566,80	B.9.	bezpłatny	0 zł
355	Pirfenidonum	Esbriet, tabl. powl., 267 mg	252 szt.	05902768001181	2021-03-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	6966,00	7314,30	7314,30	B.87.	bezpłatny	0 zł
356	Pirfenidonum	Esbriet, tabl. powl., 267 mg	63 szt.	05902768001198	2021-03-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	1741,50	1828,58	1828,58	B.87.	bezpłatny	0 zł
357	Pirfenidonum	Esbriet, tabl. powl., 801 mg	84 szt.	05902768001211	2021-03-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	6966,00	7314,30	7314,30	B.87.	bezpłatny	0 zł
358	Pixantroni dimaleas	Pixuvri, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 29 mg	1 fiol.	05909991206475	2019-09-01	2 lata	1165.0, Piksantron	1779,35	1868,32	1868,32	B.93.	bezpłatny	0 zł
359	Pomalidomidum	Imnovid, kaps. twarda, 1 mg	21 szt.	05909991185589	2020-11-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	37074,24	38927,95	38927,95	B.54.	bezpłatny	0 zł
360	Pomalidomidum	Imnovid, kaps. twarda, 2 mg	21 szt.	05909991185596	2020-11-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	37074,24	38927,95	38927,95	B.54.	bezpłatny	0 zł
361	Pomalidomidum	Imnovid, kaps. twarda, 3 mg	21 szt.	05909991185602	2020-11-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	37074,24	38927,95	38927,95	B.54.	bezpłatny	0 zł
362	Pomalidomidum	Imnovid, kaps. twarda, 4 mg	21 szt.	05909991185619	2020-11-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	37074,24	38927,95	38927,95	B.54.	bezpłatny	0 zł
363	Ponatinibum	Iclusig, tabl. powl., 15 mg	60 szt.	07640159433613	2020-09-01	2 lata	1207.0, Ponatynib	25165,58	26423,86	26423,86	B.14.; B.65.	bezpłatny	0 zł
364	Ponatinibum	Iclusig, tabl. powl., 45 mg	30 szt.	07640159433637	2020-09-01	2 lata	1207.0, Ponatynib	25165,58	26423,86	26423,86	B.14.; B.65.	bezpłatny	0 zł
365	Radium dichloridum Ra223	Xofigo, roztwór do wstrzykiwań, 1100 kBq/mL	1 fiol. 6 ml	05908229300176	2019-11-01	2 lata	1170.0, Dichlorek radu Ra-223	20335,32	21352,09	21352,09	B.56.	bezpłatny	0 zł
366	Ranibizumab	Lucentis, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 fiol. a 0,23 ml	05909990000005	2020-01-01	3 lata	1134.0, Ranibizumab	3133,41	3290,08	3290,08	B.70.	bezpłatny	0 zł
367	Ribavirinum	Rebetol, kaps. twarde, 200 mg	140 szt.	05909990999828	2019-07-01	3 lata	1075.0, Ribavirinum	1577,26	1656,12	1656,12	B.71.	bezpłatny	0 zł
368	Ribociclibum	Kisqali, tabl. powl., 200 mg	63 szt.	05909991336769	2020-09-01	2 lata	1195.0, Rybocyklib	10267,32	10780,69	10780,69	B.9.	bezpłatny	0 zł
369	Riociguatum	Adempas, tabl. powl., 0,5 mg	42 szt.	05908229300305	<1>2019-09-01/<2>2020-11-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1138.0, Riocyguat	5431,32	5702,89	5702,89	<1>B.74.; <2>B.31.	bezpłatny	0 zł
370	Riociguatum	Adempas, tabl. powl., 1 mg	42 szt.	05908229300336	<1>2019-09-01/<2>2020-11-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1138.0, Riocyguat	5431,32	5702,89	5702,89	<1>B.74.; <2>B.31.	bezpłatny	0 zł
371	Riociguatum	Adempas, tabl. powl., 1,5 mg	42 szt.	05908229300367	<1>2019-09-01/<2>2020-11-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1138.0, Riocyguat	5431,32	5702,89	5702,89	<1>B.74.; <2>B.31.	bezpłatny	0 zł
372	Riociguatum	Adempas, tabl. powl., 2 mg	42 szt.	05908229300398	<1>2019-09-01/<2>2020-11-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1138.0, Riocyguat	5431,32	5702,89	5702,89	<1>B.74.; <2>B.31.	bezpłatny	0 zł
373	Riociguatum	Adempas, tabl. powl., 2,5 mg	42 szt.	05908229300428	<1>2019-09-01/<2>2020-11-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1138.0, Riocyguat	5431,32	5702,89	5702,89	<1>B.74.; <2>B.31.	bezpłatny	0 zł
374	Risankizumabum	Skyrizi, roztwór do wstrzykiwań, 75 mg/0,83 ml	2 ampułko-strzykawki + 2 gaziki nasączone alkoholem	08054083019277	2020-09-01	2 lata	1211.0, Ryzankizumab	15309,00	16074,45	16074,45	B.47.	bezpłatny	0 zł
375	Rituximabum	Blitzima, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	2 fiol.po 10 ml	05996537003155	2019-09-01	3 lata	1035.0, Rituximabum	1151,41	1208,98	1208,98	<1>B.75.	bezpłatny	0 zł
376	Rituximabum	Blitzima, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.po 50 ml	05996537002158	2019-09-01	3 lata	1035.0, Rituximabum	2878,52	3022,45	3022,45	<1>B.75.	bezpłatny	0 zł
377	Rituximabum	MabThera, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	2 fiol.po 10 ml	05909990418817	<1><3>2019-07-01/<2>2019-09-01	3 lata	1035.0, Rituximabum	2444,04	2566,24	1208,98	<1>B.33.; <2>B.75.	bezpłatny	0 zł
378	Rituximabum	MabThera, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.po 50 ml	05909990418824	<1><3>2019-07-01/<2>2019-09-01	3 lata	1035.0, Rituximabum	6111,72	6417,31	3022,45	<1>B.33.; <2>B.75.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
379	Rituximabum	Riximyo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	2 fiol.po 10 ml	07613421032975	2019-11-01	3 lata	1035.0, Rituximabum	1035,72	1087,51	1087,51	<1>B.75.	bezpłatny	0 zł
380	Rituximabum	Riximyo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.po 50 ml	07613421032982	2019-11-01	3 lata	1035.0, Rituximabum	2589,30	2718,77	2718,77	<1>B.75.	bezpłatny	0 zł
381	Romiplostimum	Nplate, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 125 mcg	1 fiol. proszku	08715131018139	2020-09-01	2 lata	1206.0, Romiplostym	1266,49	1329,81	1329,81	B.97.; B.98.	bezpłatny	0 zł
382	Romiplostimum	Nplate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 mcg	1 fiol. proszku + zestaw do rozpuszczenia leku	05909990766994	2020-09-01	2 lata	1206.0, Romiplostym	2532,99	2659,64	2659,64	B.97.; B.98.	bezpłatny	0 zł
383	Ruxolitinibum	Jakavi, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991053789	2021-01-01	1 rok 6 miesięcy	1152.0, Ruksolitynib	17361,00	18229,05	18229,05	B.81.	bezpłatny	0 zł
384	Ruxolitinibum	Jakavi, tabl., 20 mg	56 szt.	05909991053833	2021-01-01	1 rok 6 miesięcy	1152.0, Ruksolitynib	17361,00	18229,05	18229,05	B.81.	bezpłatny	0 zł
385	Ruxolitinibum	Jakavi, tabl., 5 mg	56 szt.	05909991053758	2021-01-01	1 rok 6 miesięcy	1152.0, Ruksolitynib	8680,50	9114,53	9114,53	B.81.	bezpłatny	0 zł
386	Sekukinumab	Cosentyx, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/ml	2 amp.-strz.; 2 wstrz.	05909991203832	2020-11-01	2 lata	1180.0, Sekukinumab	4464,99	4688,24	4688,24	B.35.; B.36.; B.47.	bezpłatny	0 zł
387	Selexipagum	Uptravi, tabl. powl., 1000 µg	60 szt.	07640111932796	2021-01-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	66960,00	70308,00	70308,00	B.31.	bezpłatny	0 zł
388	Selexipagum	Uptravi, tabl. powl., 1200 µg	60 szt.	07640111932802	2021-01-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	80352,00	84369,60	84369,60	B.31.	bezpłatny	0 zł
389	Selexipagum	Uptravi, tabl. powl., 1400 µg	60 szt.	07640111932819	2021-01-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	93744,00	98431,20	98431,20	B.31.	bezpłatny	0 zł
390	Selexipagum	Uptravi, tabl. powl., 1600 µg	60 szt.	07640111932826	2021-01-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	107136,00	112492,80	112492,80	B.31.	bezpłatny	0 zł
391	Selexipagum	Uptravi, tabl. powl., 200 µg	140 szt.	07640111932833	2021-01-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	31248,00	32810,40	32810,40	B.31.	bezpłatny	0 zł
392	Selexipagum	Uptravi, tabl. powl., 200 µg	60 szt.	07640111932758	2021-01-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	13392,00	14061,60	14061,60	B.31.	bezpłatny	0 zł
393	Selexipagum	Uptravi, tabl. powl., 400 µg	60 szt.	07640111932765	2021-01-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	26784,00	28123,20	28123,20	B.31.	bezpłatny	0 zł
394	Selexipagum	Uptravi, tabl. powl., 600 µg	60 szt.	07640111932772	2021-01-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	40176,00	42184,80	42184,80	B.31.	bezpłatny	0 zł
395	Selexipagum	Uptravi, tabl. powl., 800 µg	60 szt.	07640111932789	2021-01-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	53568,00	56246,40	56246,40	B.31.	bezpłatny	0 zł
396	Sildenafili citras	Sildenafil Aurovitas, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909991338015	2020-01-01	3 lata	1076.0, Sildenafilum	108,00	113,40	113,40	B.31.	bezpłatny	0 zł
397	Sildenafilum	Granpidam, tabletki powlekane, 20 mg	90 szt.	05055565731932	2017-09-01	5 lat	1076.0, Sildenafilum	810,00	850,50	850,50	B.31.	bezpłatny	0 zł
398	Sildenafilum	Remidia, tabletki powlekane, 20 mg	90 tabl.	05903060610545	2017-07-01	5 lat	1076.0, Sildenafilum	1080,00	1134,00	1134,00	B.31.	bezpłatny	0 zł
399	Sildenafilum	Revatio, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 10 mg/ml	1 butelka 32,27 g (112 ml zawiesiny)	05909990967780	2020-11-01	2 lata	1076.0, Sildenafilum	893,52	938,20	705,60	B.31.	bezpłatny	0 zł
400	Sildenafilum	Sildenafil Zentiva, tabletki powlekane, 20 mg	90 tabl.	05909991355715	2018-05-01	3 lata	1076.0, Sildenafilum	486,00	510,30	510,30	B.31.	bezpłatny	0 zł
401	Sofosbuvirum + Velpatasvirum	Epclusa, tabl. powl., 400 + 100 mg	28 szt.	05391507142108	2020-09-01	2 lata	1135.6, Leki przeciwwirusowe: sofosbuwir, velpataswir	38016,00	39916,80	39916,80	B.71.	bezpłatny	0 zł
402	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>2019-01-01/<2>2020-11-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1077.0, Somatropinum	5037,55	5289,43	5289,43	<1>B.19.; B.38.; B.41.; B.42.; <2>B.111.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
403	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>2019-01-01/<2>2020-11-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1077.0, Somatropinum	2224,92	2336,17	2336,16	<1>B.19.; B.38.; B.41.; B.42.; <2>B.111.	bezpłatny	0 zł
404	Somatropinum	Omnitrope, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/1,5 ml (30 j.m.)	5 wkł.po 1,5 ml	05909990072897	<1>2019-07-01/<2>2019-01-01/<3>2020-11-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1077.0, Somatropinum	3024,00	3175,20	3175,20	<1>B.19.; B.38.; B.41.; B.42; <2>B.64.; <3>B.111.	bezpłatny	0 zł
405	Somatropinum	Omnitrope, roztwór do wstrzykiwań, 5 mg/1,5 ml (15 j.m.)	5 wkł.po 1,5 ml	05909990050161	<1>2019-07-01/<2>2019-01-01/<3>2020-11-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1077.0, Somatropinum	1512,00	1587,60	1587,60	<1>B.19.; B.38.; B.41.; B.42; <2>B.64.; <3>B.111.	bezpłatny	0 zł
406	Sorafenibum	Nexavar, tabl. powl., 200 mg	112 szt.	05909990588169	<1>2018-07-01/<2>2017-11-01/<3>2019-07-01	<2>5 lat/<1><3>3 lata	1078.0, Sorafenib	13651,74	14334,33	14334,33	<1>B.3.; <2>B.5.; <3>B.10.	bezpłatny	0 zł
407	Sunitinibum	Sutent, kaps. twarde, 12,5 mg	28 szt.	05909990079377	<1>2018-07-01/<2>2018-09-01/<3>2019-07-01/<4>2020-11-01	3 lata	1079.0, Sunitynib	4786,56	5025,89	5025,89	<1>B.3.; <2>B.8.; <3>B.10.; <4>B.53.	bezpłatny	0 zł
408	Sunitinibum	Sutent, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05909990079384	<1>2018-07-01/<2>2018-09-01/<3>2019-07-01/<4>2020-11-01	3 lata	1079.0, Sunitynib	9573,12	10051,78	10051,78	<1>B.3.; <2>B.8.; <3>B.10.; <4>B.53.	bezpłatny	0 zł
409	Sunitinibum	Sutent, kaps. twarde, 50 mg	28 szt.	05909990079391	<1>2018-07-01/<2>2019-07-01	3 lata	1079.0, Sunitynib	20293,37	21308,04	21308,04	<1>B.3.; <2>B.10.	bezpłatny	0 zł
410	Temsirolimusum	Torisel, koncentrat i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 30 mg	1 fiol. 1,2 ml + 1 fiol. 2,2 ml rozp.	05909990080663	2020-11-01	3 lata	1150.0, Temsyrolimus	2932,01	3078,61	3078,61	B.10.	bezpłatny	0 zł
411	Tenofoviri disoproxil	Ictady, tabletki powlekane, 245 mg	30 tabl.	05909991291457	<1>2019-03-01/<2>2020-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1051.0, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna	129,60	136,08	136,08	<1>B.1.; <2>B.106.	bezpłatny	0 zł
412	Tenofoviri disoproxil	Tenofovir disoproxil Stada, tabletki powlekane, 245 mg	30 tabl.	05909991285883	<1>2018-05-01/<2>2020-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1051.0, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna	734,40	771,12	771,12	<1>B.1.; <2>B.106.	bezpłatny	0 zł
413	Tenofoviri disoproxil	Tenofovir disoproxil Zentiva, tabletki powlekane, 245 mg	30 tabl.	05909991298708	<1>2018-05-01/<2>2020-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1051.0, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna	324,00	340,20	340,20	<1>B.1.; <2>B.106.	bezpłatny	0 zł
414	Tenofovirum disoproxilum	Tenofovir disoproxil Accord, tabl. powl., 245 mg	30 szt.	05909991330026	<1>2021-03-01/<2>2020-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1051.0, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna	324,00	340,20	340,20	<1>B.1.; <2>B.106.	bezpłatny	0 zł
415	Tenofovirum disoproxilum	Tenofovir disoproxil Aurovitas, tabl. powl., 245 mg	30 szt.	05909991379704	2020-09-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1051.0, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna	178,20	187,11	187,11	<1>B.1.; <2>B.106.	bezpłatny	0 zł
416	Tenofovirum disoproxilum	Tenofovir disoproxil Mylan, tabletki powlekane, 245 mg	30 tabl.	05902020926801	<1>2017-07-01/<2>2020-01-01	<1>5 lat/<2>2 lata	1051.0, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna	945,00	992,25	992,25	<1>B.1.; <2>B.106.	bezpłatny	0 zł
417	Tenofovirum disoproxilum	Tenofovir Polpharma, tabl. powl., 245 mg	30 szt.	05909991335533	<1>2021-03-01/<2>2020-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1051.0, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna	324,00	340,20	340,20	<1>B.1.; <2>B.106.	bezpłatny	0 zł
418	Tenofovirum disoproxilum	Tenofovir Synoptis, tabletki powlekane, 245 mg	30 szt.	05909991374563	<1>2019-09-01/<2>2020-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1051.0, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna	118,80	124,74	124,74	<1>B.1.; <2>B.106.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
419	Teriflunomidum	Aubagio, tabl. powl., 14 mg	28 tabl.	05909991088170	2019-05-01	2 lata	1159.0, Teryflunomid	3120,12	3276,13	3276,13	B.29.	bezpłatny	0 zł
420	Tobramycinum	Bramitob, roztwór do nebulizacji, 300 mg/4 ml	56 poj.po 4 ml	05909990045976	2019-07-01	3 lata	1081.0, Tobramycinum	6037,20	6339,06	4876,20	B.27.	bezpłatny	0 zł
421	Tobramycinum	Tobramycin Via pharma, roztwór do nebulizacji, 300 mg/5 ml	56 amp. 5 ml	05909991308292	2021-03-01	3 lata	1081.0, Tobramycinum	4644,00	4876,20	4876,20	B.27.	bezpłatny	0 zł
422	Tobramycinum	Tobramycyna SUN, roztwór do nebulizacji, 300 mg/5 ml	56 amp. 5 ml	05909991321444	2018-11-01	3 lata	1081.0, Tobramycinum	3024,00	3175,20	3175,20	B.27.	bezpłatny	0 zł
423	Tocilizumabum	RoActemra, roztwór do wstrzykiwań, 162 mg/ml	4 amp.-strz.	05902768001075	2020-01-01	2 lata	1106.0, Tocilizumab	2948,40	3095,82	3095,82	B.33.	bezpłatny	0 zł
424	Tocilizumabum	RoActemra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.a 20 ml	05000471007053	2020-09-01	3 lata	1106.0, Tocilizumab	2106,00	2211,30	2211,30	B.33.	bezpłatny	0 zł
425	Tocilizumabum	RoActemra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990678259	2020-01-01	3 lata	1106.0, Tocilizumab	1053,00	1105,65	1105,65	B.33.	bezpłatny	0 zł
426	Tocilizumabum	RoActemra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990678266	2020-01-01	3 lata	1106.0, Tocilizumab	2106,00	2211,30	2211,30	B.33.	bezpłatny	0 zł
427	Tocilizumabum	RoActemra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 4 ml	05909990678273	2020-01-01	3 lata	1106.0, Tocilizumab	421,20	442,26	442,26	B.33.	bezpłatny	0 zł
428	Tofacitinibum	Xeljanz, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05415062342800	2020-09-01	2 lata	1193.0, Tofacytynib	6193,64	6503,32	6503,32	B.55.	bezpłatny	0 zł
429	Tofacitinibum	Xeljanz, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05907636977100	<1>2019-09-01/<2>2020-09-01	2 lata	1193.0, Tofacytynib	3096,82	3251,66	3251,66	<1>B.33.; <2>B.35; B.55.	bezpłatny	0 zł
430	Toxinum botulinicum typum A ad iniectabile	Botox , proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 100 Jednostek Allergan	1 fiol.	05909990674817	<1><2>2019-07-01/<3>2018-09-01/<4>2019-09-01	3 lata	1055.2, toksyny botulinowe - 2	612,38	643,00	643,00	<1>B.28.; <2>B.30.; <3>B.57.; <4>B.73.	bezpłatny	0 zł
431	Toxinum botulinicum typum A ad iniectabile	Dysport, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 300 j.	1 fiol.po 300 j.	05909991072094	2019-01-01	3 lata	1055.3, toksyny botulinowe - 3	676,51	710,34	710,34	<1>B.28.; <2>B.30.; <3>B.57.	bezpłatny	0 zł
432	Toxinum botulinicum typum A ad iniectabile	Dysport, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 500 j.	1 fiol.po 500 j.	05909990729227	2019-01-01	3 lata	1055.3, toksyny botulinowe - 3	1127,52	1183,90	1183,90	<1>B.28.; <2>B.30.; <3>B.57.	bezpłatny	0 zł
433	Toxinum botulinicum typum A ad iniectabile	Xeomin , proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 100 j.	1 fiol.po 100 j. (LD50)	05909990643950	<1>2019-07-01/<2>2020-09-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1055.1, toksyny botulinowe - 1	612,38	643,00	643,00	<1>B.28.; <2>B.57.	bezpłatny	0 zł
434	Trabectedinum	Yondelis, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 0,25 mg	1 fiol.	05909990635177	2017-09-01	5 lat	1088.0, Trabectedin	1797,18	1887,04	1887,04	B.8.	bezpłatny	0 zł
435	Trabectedinum	Yondelis, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 1 mg	1 fiol.	05909990635184	2017-09-01	5 lat	1088.0, Trabectedin	7188,74	7548,18	7548,18	B.8.	bezpłatny	0 zł
436	Trametinibum	Mekinist, tabl. powl., 0,5 mg	30 szt.	05909991141813	2021-01-01	2 lata	1157.0, Trametynib	5706,72	5992,06	5992,06	B.59.	bezpłatny	0 zł
437	Trametinibum	Mekinist, tabl. powl., 2 mg	30 szt.	05909991141851	2021-01-01	2 lata	1157.0, Trametynib	22826,88	23968,22	23968,22	B.59.	bezpłatny	0 zł
438	Trastuzumabum	Herceptin, proszek do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji, 150 mg	1 fiol.po 15 ml	05909990855919	<1>2019-09-01/<2>2021-03-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1082.0, Trastuzumabum	2678,40	2812,32	1302,74	<1>B.9.; <2>B.58.	bezpłatny	0 zł
439	Trastuzumabum	Herceptin, roztwór do wstrzykiwań, 600 mg	1 fiol.	05902768001037	2019-09-01	2 lata	1082.0, Trastuzumabum	6925,50	7271,78	3812,90	B.9.	bezpłatny	0 zł
440	Trastuzumabum	Herzuma, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 150 mg	1 fiol. proszku	08806238000315	2019-03-01	3 lata	1082.0, Trastuzumabum	1598,40	1678,32	1302,74	B.9.; B.58.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
441	Trastuzumabum	Herzuma, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 150 mg	1 fiol. proszku	05996537004107	2019-07-01	3 lata	1082.0, Trastuzumabum	1527,12	1603,48	1302,74	B.9.; B.58.	bezpłatny	0 zł
442	Trastuzumabum	Kanjinti, proszek do sporządzania koncentratu do przygotowania roztworu do infuzji, 150 mg	1 fiolka po 20 ml	08715131016982	2018-07-01	3 lata	1082.0, Trastuzumabum	1382,51	1451,64	1302,74	B.9.; B.58.	bezpłatny	0 zł
443	Trastuzumabum	Kanjinti, proszek do sporządzania koncentratu do przygotowania roztworu do infuzji, 420 mg	1 fiolka po 50 ml	08715131016975	2018-07-01	3 lata	1082.0, Trastuzumabum	3871,02	4064,57	3647,67	B.9.; B.58.	bezpłatny	0 zł
444	Trastuzumabum	Ogivri, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 150 mg	1 fiol. proszku 15 ml	05901797710415	2019-07-01	3 lata	1082.0, Trastuzumabum	1458,00	1530,90	1302,74	B.9.; B.58.	bezpłatny	0 zł
445	Trastuzumabum	Ogivri, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 420 mg	1 fiol. proszku	05901797710781	2020-03-01	3 lata	1082.0, Trastuzumabum	3161,16	3319,22	3319,22	B.9.; B.58.	bezpłatny	0 zł
446	Trastuzumabum	Ontruzant, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 150 mg	1 fiol. 15 ml	08809593170006	2019-03-01	3 lata	1082.0, Trastuzumabum	1634,89	1716,63	1302,74	B.9.; B.58.	bezpłatny	0 zł
447	Trastuzumabum	Trazimera, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 150 mg	1 fiol. proszku	05415062339176	2019-09-01	3 lata	1082.0, Trastuzumabum	1240,70	1302,74	1302,74	B.9.; B.58.	bezpłatny	0 zł
448	Trastuzumabum	Trazimera, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 420 mg	1 fiol. proszku	05415062346655	2020-11-01	3 lata	1082.0, Trastuzumabum	3126,60	3282,93	3282,93	B.9.; B.58.	bezpłatny	0 zł
449	Trastuzumabum	Zercepac, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 150 mg	1 fiol.	05055565766378	2021-01-01	3 lata	1082.0, Trastuzumabum	972,00	1020,60	1020,60	B.9.; B.58.	bezpłatny	0 zł
450	Trastuzumabum emtansinum	Kadcyla, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol. proszku	05902768001044	2020-01-01	2 lata	1082.1, Trastuzumab emtanzyna	7760,88	8148,92	8148,92	B.9.	bezpłatny	0 zł
451	Trastuzumabum emtansinum	Kadcyla, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 160 mg	1 fiol. proszku	05902768001051	2020-01-01	2 lata	1082.1, Trastuzumab emtanzyna	12417,84	13038,73	13038,73	B.9.	bezpłatny	0 zł
452	Treprostynilum	Remodulin, roztwór do infuzji, 1 mg/ml	1 szt. (1 fiol.po 20 ml)	05909990046805	2019-07-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	9698,40	10183,32	5057,64	B.31.	bezpłatny	0 zł
453	Treprostynilum	Remodulin, roztwór do infuzji, 2,5 mg/ml	1 szt. (1 fiol.po 20 ml)	05909990046850	2019-07-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	23025,60	24176,88	12644,10	B.31.	bezpłatny	0 zł
454	Treprostynilum	Remodulin, roztwór do infuzji, 5 mg/ml	1 szt. (1 fiol.po 20 ml)	05909990046867	2019-07-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	41990,40	44089,92	25288,20	B.31.	bezpłatny	0 zł
455	Treprostynilum	Tresuvi, roztwór do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol. po 10 ml	05909991418618	2020-01-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	2408,40	2528,82	2528,82	B.31.	bezpłatny	0 zł
456	Treprostynilum	Tresuvi, roztwór do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. po 10 ml	05909991418649	2020-01-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	24084,00	25288,20	25288,20	B.31.	bezpłatny	0 zł
457	Treprostynilum	Tresuvi, roztwór do infuzji, 2,5 mg/ml	1 fiol. po 10 ml	05909991418625	2020-01-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	6021,00	6322,05	6322,05	B.31.	bezpłatny	0 zł
458	Treprostynilum	Tresuvi, roztwór do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol. po 10 ml	05909991418632	2020-01-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	12042,00	12644,10	12644,10	B.31.	bezpłatny	0 zł
459	Trifluridinum + Tipiracilum	Lonsurf, tabl. powl., 15+6,14 mg	20 szt.	05901571320618	2019-11-01	2 lata	1196.0, Trifluridyna, tipiracil	2290,66	2405,19	2405,19	B.4.	bezpłatny	0 zł
460	Trifluridinum + Tipiracilum	Lonsurf, tabl. powl., 15+6,14 mg	60 szt.	05901571320625	2019-11-01	2 lata	1196.0, Trifluridyna, tipiracil	6871,96	7215,56	7215,56	B.4.	bezpłatny	0 zł
461	Trifluridinum + Tipiracilum	Lonsurf, tabl. powl., 20+8,19 mg	20 szt.	05901571320632	2019-11-01	2 lata	1196.0, Trifluridyna, tipiracil	3054,21	3206,92	3206,91	B.4.	bezpłatny	0 zł
462	Trifluridinum + Tipiracilum	Lonsurf, tabl. powl., 20+8,19 mg	60 szt.	05901571320649	2019-11-01	2 lata	1196.0, Trifluridyna, tipiracil	9162,61	9620,74	9620,74	B.4.	bezpłatny	0 zł
463	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	2019-01-01	3 lata	1070.0, analogi gonadoliberyny	275,40	289,17	289,17	B.18.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
464	Turoctocogum alfa	NovoEight, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz.+ 1 łącznik fiol.	05909991203399	2020-01-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	2505,60	2630,88	2630,88	B.15.	bezpłatny	0 zł
465	Turoctocogum alfa	NovoEight, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz.+ 1 łącznik fiol.	05909991203405	2020-01-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	3758,40	3946,32	3946,32	B.15.	bezpłatny	0 zł
466	Turoctocogum alfa	NovoEight, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz.+ 1 łącznik fiol.	05909991203412	2020-01-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	5011,20	5261,76	5261,76	B.15.	bezpłatny	0 zł
467	Turoctocogum alfa	NovoEight, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz.+ 1 łącznik fiol.	05909991203375	2020-01-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	626,40	657,72	657,72	B.15.	bezpłatny	0 zł
468	Turoctocogum alfa	NovoEight, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3000 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz.+ 1 łącznik fiol.	05909991203429	2020-01-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	7516,80	7892,64	7892,64	B.15.	bezpłatny	0 zł
469	Turoctocogum alfa	NovoEight, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz.+ 1 łącznik fiol.	05909991203382	2020-01-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	1252,80	1315,44	1315,44	B.15.	bezpłatny	0 zł
470	Ustekinumabum	Stelara, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 130 mg	1 fiolka (30ml)	05909991307066	2020-01-01	2 lata	1107.0, Ustekinumab	26785,98	28125,28	28125,28	B.32.	bezpłatny	0 zł
471	Ustekinumabum	Stelara, roztwór do wstrzykiwań , 45 mg	1 amp-strz.	05909997077505	2020-01-01	3 lata	1107.0, Ustekinumab	9967,47	10465,84	9735,67	B.47.	bezpłatny	0 zł
472	Ustekinumabum	Stelara, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 90 mg	1 amp-strz.	05909997077512	2020-01-01	2 lata	1107.0, Ustekinumab	18544,14	19471,35	19471,35	B.32.	bezpłatny	0 zł
473	Vandetanibum	Caprelsa, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990935437	2020-03-01	1 rok 10 miesięcy	1202.0, Wandetanib	6490,80	6815,34	6815,34	B.108.	bezpłatny	0 zł
474	Vandetanibum	Caprelsa, tabl. powl., 300 mg	30 szt.	05909990935444	2020-03-01	1 rok 10 miesięcy	1202.0, Wandetanib	17787,60	18676,98	18676,98	B.108.	bezpłatny	0 zł
475	Vedolizumabum	Entyvio, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 300 mg	1 fiol. proszku	05909991138202	<1>2019-11-01/<2>2020-09-01	2 lata	1176.0, Wedolizumab	6188,40	6497,82	6497,82	<1>B.32.; <2>B.55.	bezpłatny	0 zł
476	Velaglucerasum alfa	Vpriv, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 400 j.m.	1 fiol.	05909990816774	2021-03-01	1 rok 4 miesiące	1123.0, Welagluceraza alfa	6436,80	6758,64	6758,64	B.23.	bezpłatny	0 zł
477	Vemurafenibum	Zelboraf, tabl. powl., 240 mg	56 szt.	05909990935581	2020-03-01	1 rok 10 miesięcy	1108.0, Wemurafenib	6761,88	7099,97	7099,97	B.59.	bezpłatny	0 zł
478	Venetoclaxum	Venclyxto, tabl. powl., 10 mg	14 szt.	08054083013688	2019-11-01	2 lata	1186.0, Venetoclax	294,84	309,58	309,58	B.103.	bezpłatny	0 zł
479	Venetoclaxum	Venclyxto, tabl. powl., 100 mg	112 szt.	08054083013916	2019-11-01	2 lata	1186.0, Venetoclax	23587,20	24766,56	24766,56	B.103.	bezpłatny	0 zł
480	Venetoclaxum	Venclyxto, tabl. powl., 100 mg	14 szt.	08054083013701	2019-11-01	2 lata	1186.0, Venetoclax	2948,40	3095,82	3095,82	B.103.	bezpłatny	0 zł
481	Venetoclaxum	Venclyxto, tabl. powl., 100 mg	7 szt.	08054083013695	2019-11-01	2 lata	1186.0, Venetoclax	1474,20	1547,91	1547,91	B.103.	bezpłatny	0 zł
482	Venetoclaxum	Venclyxto, tabl. powl., 50 mg	7 szt.	08054083013718	2019-11-01	2 lata	1186.0, Venetoclax	737,10	773,96	773,96	B.103.	bezpłatny	0 zł
483	Vismodegibum	Erivedge, kaps. twarde, 150 mg	28 szt.	05902768001020	2021-03-01	2 lata	1155.0, Wismodegib	17274,60	18138,33	18138,33	B.88.	bezpłatny	0 zł

Załącznik B.1.

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

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

3) świadczeniobiorcy z planowaną lub rozpoczętą terapią immunosuporesyjną, w tym biologiczną, lub chemioterapią przeciwnowotworową; 4) świadczeniobiorcy, u których rozpoczyna się planowane leczenie zakażenia HCV. 1.3. Do programu mogą zostać zakwalifikowanie kobiety w trzecim trymestrze ciąży z wiremią HBV DNA powyżej 200 000 IU/ml, jeśli lekarz uzna to za zasadne. **2. Leczenie** 2.1. U pacjentów dotychczas nieleczonych stosuje się interferon pegylowany alfa-2a albo analog nukleozydowy - entekawir lub nukleotydowy - tenofowir. 2.2. Choroby lub stany wykluczające stosowanie interferonu: 1) niewyrównana marskość wątroby; 2) ciężka współistniejąca choroba serca, w tym niewydolność krążenia, niestabilna choroba wieńcowa; 3) niewyrównana cukrzyca insulinozależna; 4) choroby o podłożu autoimmunologicznym, z wyłączeniem autoimmunologicznego zapalenia wątroby typu II (anty-LKM-1); 5) niewyrównana nadczynność tarczycy; 6) retinopatia (po konsultacji okulistycznej); 7) padaczka (po konsultacji neurologicznej); 8) czynne uzależnienie od alkoholu lub środków odurzających; 9) ciąża lub karmienie piersią; 10) czynna psychoza, depresja (po konsultacji psychiatrycznej); 11) choroba nowotworowa czynna lub z dużym ryzykiem wznowy (po konsultacji onkologicznej, hematoonkologicznej lub hematologicznej); 12) inne przeciwwskazania określone w charakterystyce produktu leczniczego.	4) tenofowir: - tabletki po 245 mg - raz dziennie 1 tabletka. W przypadku pacjentów z zaburzeniami czynności nerek możliwa jest zmiana dawkowania entekawiru, adefowiru i tenofowiru zgodnie z odpowiednimi Charakterystykami Produktu Leczniczego.	4) oznaczenie poziomu fT4 lub fT3. **2. Monitorowanie leczenia interferonem** 1) w dniu rozpoczęcia terapii: a) morfologia krwi, b) oznaczenie poziomu ALT, c) czas lub wskaźnik protrombinowy, d) oznaczenie stężenia kreatyniny, e) oznaczenie poziomu AFP, f) oznaczenie antygenu HBsAg metodą ilościową; 2) w 2, 4, 6, 8, 12,16, 20, 24, 28, 32, 36, 40, 44, 48 tygodniu: a) morfologia krwi, b) oznaczenie poziomu ALT; 3) w 4, 12, 24, 48 tygodniu - oznaczenie stężenia kreatyniny; 4) w 12 tygodniu: a) poziom wiremii HBV DNA, b) oznaczenie antygenu HBsAg metodą ilościową; 5) w 24, 48 tygodniu: a) oznaczenie antygenu HBsAg, b) oznaczenie antygenu HBeAg, c) oznaczenie przeciwciał anty-HBe, d) poziom wiremii HBV DNA; 6) w 12, 24, 36, 48 tygodniu: a) oznaczenie poziomu TSH, b) oznaczenie poziomu fT4 lub fT3; 7) w 48 tygodniu: a) proteinogram, b) czas lub wskaźnik protrombinowy, c) oznaczenie poziomu AFP,

2.3. W przypadku rozpoczęcia leczenia interferonem należy je przerwać w przypadku: 1) braku odpowiedzi po 12 tygodniach leczenia definiowanej jako zmniejszenie poziomu wiremii HBV DNA o co najmniej 1 $\log_{10}$; 2) wystąpienia objawów nadwrażliwości lub nietolerancji na substancję czynną lub pomocniczą; 3) choroby lub stany wymienione w pkt. 2.2. ujawnione w trakcie leczenia interferonem. 2.4. W przypadkach nieskuteczności interferonu należy stosować entekawir lub tenofowir. 2.5. Adefowir lub lamiwudyna może być stosowana tylko w przypadku niemożności zastosowania entekawiru kub tenofowiru. 2.6. Po pierwszych 12 tygodniach leczenia analogami nukleozydowymi lub nukleotydowymi należy ocenić ich skuteczność. Dla kontynuacji leczenia konieczne jest obniżenie początkowych wartości wiremii HBV DNA co najmniej o 1 $\log_{10}$. 2.7. W uzasadnionych przypadkach leczenie określonym analogiem nukleozydowym lub nukleotydowym może być kontynuowane do 24 tygodnia, do ponownej oceny skuteczności. W innych przypadkach należy zmienić lek po uzyskaniu wyniku lekooporności i sprawdzeniu adherencji pacjenta do leczenia. 2.8. Po 24 tygodniach terapii należy ponownie ocenić skuteczność terapii poprzez ilościowe oznaczenie poziomu wiremii HBV DNA. W wypadku niewykrywalnego HBV DNA leczenie należy kontynuować do osiągnięcia punktu końcowego leczenia. W innym wypadku należy rozważyć zmianę leku po uzyskaniu wyniku wirogramu i sprawdzeniu adherencji pacjenta do leczenia, stosując monoterapię jednym z leków opisanym w programie.		d) USG jamy brzusznej. **3. Monitorowanie leczenia analogami nukleozydów lub nukleotydów** 1) w dniu rozpoczęcia terapii: a) morfologia krwi, b) oznaczenie poziomu ALT, c) czas lub wskaźnik protrombinowy, d) oznaczenie stężenia kreatyniny, e) oznaczenie poziomu AFP; 2) w 4, 12, 24, 48 tygodniu: a) oznaczenie stężenia kreatyniny, b) morfologia krwi, c) oznaczenie poziomu ALT; 3) w 12 tygodniu - poziom wiremii HBV DNA; 4) w 24 i następnie co 24 tygodnie: a) oznaczenie antygenu HBsAg, b) oznaczenie antygenu HBeAg, c) oznaczenie przeciwciał anty-HBe, d) poziom wiremii HBV DNA, e) oznaczenie lekooporności przy jej podejrzeniu; 5) w 48 tygodniu i następnie co 48 tygodni: a) czas lub wskaźnik protrombinowy, b) proteinogram, c) oznaczenie poziomu AFP, d) USG jamy brzusznej. **4. Monitorowanie programu:** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i

2.9. W uzasadnionych przypadkach, zwłaszcza po wyczerpaniu opcji terapeutycznych lub nieuzyskaniu nieoznaczalnej wiremii HBV DNA należy rozważyć leczenie interferonem. **3. Określenie czasu leczenia w programie** 3.1. Leczenie można zakończyć u osób leczonych dłużej niż rok, po stwierdzeniu: 1) serokonwersji w układzie "s" lub 2) dwukrotnie ujemnych wyników oznaczenia HBV DNA wykonanych w odstępach co najmniej 3 miesięcy. 3.2. W przypadku pacjentów z marskością wątroby i po przeszczepach narządowych terapię należy stosować bez ograniczeń czasowych.		każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.3.

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

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Leczenie adjuwantowe imatynibem chorych z wysokim ryzykiem nawrotu ≥ 50% wg klasyfikacji AJCC-NCCN-AFIP po zabiegu radykalnego usunięcia guza GIST żołądka, dwunastnicy, jelita cienkiego i odbytnicy z KIT – CD117 dodatnim wynikiem, oraz leczenie paliatywne imatynibem chorych z rozsianym lub nieoperacyjnym nowotworem podścieliska przewodu pokarmowego, które ma na celu zahamowanie rozwoju choroby **1.1. Kryteria kwalifikacji do leczenia imatynibem dzieci i dorosłych** 1) rozpoznanie mięsaka podścieliskowego przewodu pokarmowego potwierdzone histologicznie; 2) ekspresja CD117 potwierdzona immunohistochemicznie; 3) leczenie adjuwantowe: obecność wysokiego ryzyka ≥50% nawrotu po zabiegu radykalnego usunięcia nowotworu z KIT (CD117- dodatniego GIST żołądka, dwunastnicy, jelita cienkiego i odbytnicy, określonego według klasyfikacji AJCC-NCCN-AFIP); czas od operacji pierwotnego GIST, a wdrożeniem leczenia uzupełniającego nie powinien przekroczyć 4 miesiące; obecność mutacji KIT lub PDGFR-α z wykluczeniem mutacji PDGFR-αD842V;	**1. Dawkowanie imatynibu** **1.1. Dorośli** a) dobowa dawka początkowa - 400 mg jednorazowo, b) dobowa dawka w przypadku wystąpienia progresji 800 mg w dwóch dawkach (2x400mg). **1.2. Dzieci** a) dzieci o powierzchni ciała do 1m^2: 340 mg/m^2, dawka dobowa jednorazowo. W przypadku wystąpienia progresji możliwe zwiększenie dawki dobowej dwukrotnie, b) dzieci o powierzchni ciała powyżej 1 m^2 dawkowanie jak dla dorosłych. W przypadku wystąpienia progresji możliwe zwiększenie dawki do 2 x 400 mg na dobę. **2. Dawkowanie sunitynibu** **2.1. Dorośli** Zalecana dawka początkowa preparatu sunitynib wynosi 50 mg doustnie raz na dobę przez 4 kolejne tygodnie, po czym następuje dwutygodniowa przerwa (schemat 4/2), co stanowi pełny cykl 6 tygodni. Można stopniowo dokonywać zmian dawkowania za każdym razem o 12,5 mg, zależnie od indywidualnie ocenianego bezpieczeństwa i tolerancji lub przedłużać	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia imatynibem albo sunitynibem** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) badanie ogólne moczu; 3) aktywność transaminaz wątrobowych; 4) stężenie bilirubiny; 5) aktywności fosfatazy zasadowej; 6) poziom albumin; 7) EKG; 8) tomografia komputerowa (TK) jamy brzusznej i miednicy (inne obszary w zależności od wskazań) Badanie TK nie dotyczy leczenia adjuwantowego imatynibem, jeśli było wykonane przed zabiegiem operacyjnym; 9) oznaczenie mutacji KIT i PDGFRA (dotyczy wyłącznie kwalifikacji do leczenia adjuwantowego imatynibem). **2. Monitorowanie leczenia imatynibem albo sunitynibem** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) badanie ogólne moczu; 3) aktywność aminotransferaz wątrobowych; 4) stężenie bilirubiny; 5) aktywność fosfatazy zasadowej; 6) poziom albumin; 7) tomografia komputerowa

4) leczenie choroby zaawansowanej: brak możliwości wykonania resekcji lub obecność przerzutów udokumentowana na podstawie badania klinicznego lub wyników badań obrazowych; 5) obecność zmian możliwych do zmierzenia w badaniu tomografii komputerowej; 6) stan sprawności (według klasyfikacji WHO 0-2); 7) prawidłowe wyniki badań czynności szpiku (liczba płytek krwi ≥75000/mm^3, liczba bezwzględna neutrofili ≥1000/mm^3, stężenie hemoglobiny ≥ 8.0 g/dl); 8) prawidłowe wartości wskaźników czynności wątroby i nerek (nieprzekraczające 2,5 raza górnej granicy normy lub 5 razy dla prób wątrobowych w przypadku przerzutów do wątroby). **1.2. Określenie czasu leczenia imatynibem w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **1.3. Kryteria wyłączenia z leczenia imatynibem** 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na imatynib; 2) nawrót GIST podczas leczenia adjuwantowego, które może trwać maksymalnie do 36 miesięcy; 3) progresja choroby w trakcie stosowania leku po zwiększeniu dawki imatynibu do 800 mg/dobę; zwłaszcza pierwotna oporność na imatynib; u dzieci o pow. ciała do 1m^2 progresja choroby w trakcie stosowania leku po zwiększeniu dawki imatynibu dwukrotnie; 4) brak skuteczności po 4 miesiącach stosowania leku (zwiększenie sumy wielkości zmian w TK spiralnej, powyżej 20% z wyjątkiem sytuacji, gdy gęstość tych zmian jest mniejsza niż 15% w stosunku do gęstości	przerwę w przyjmowaniu leku. Dawka dobowa nie powinna być mniejsza niż 25 mg. **2.2. Dzieci** 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. **3. Dawkowanie sorafenibu** **Dobowa dawka 800 mg (w dwóch dawkach 2x400 mg)**	Badania laboratoryjne należy przeprowadzać podczas każdej wizyty świadczeniobiorcy - nie rzadziej niż raz na 4-6 tygodni. Badania obrazowe (TK) należy wykonywać: a) u pacjentów leczonych adjuwantowo imatynibem: - pierwsze badanie - po 3 miesiącach od rozpoczęcia leczenia uzupełniającego, - następne badania – co 6 miesięcy do zakończenia uzupełniającego leczenia imatynibem (3 lata), - następne badania – co 6 miesięcy do upływu 5-letniego okresu od rozpoczęcia leczenia uzupełniającego, - następne badania – co 12 miesięcy; b) u pacjentów z nieoperacyjnym lub rozsianym GIST: - co 2 miesiące w okresie pierwszych 6 miesięcy leczenia, - następne badania – co 3 miesiące. Należy oceniać zmiany pod względem różnic ich wielkości (skala RECIST) i gęstości. **3. Badania przy kwalifikacji do leczenia sorafenibem** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) badanie ogólne moczu; 3) aktywność transaminaz wątrobowych; 4) stężenie bilirubiny i kreatyniny; 5) aktywności fosfatazy zasadowej; 6) tomografia komputerowa (TK) jamy brzusznej i miednicy (inne obszary w zależności od wskazań). **4. Monitorowanie leczenia sorafenibem** Pierwsze badania monitorujące należy wykonać po 6-8 tygodniach od rozpoczęcia leczenia sorafenibem. Następne badania kontrolne należy przeprowadzać nie rzadziej niż raz na 12 tygodni:

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

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

3. Leczenie sorafenibem **3.1. Kryteria kwalifikacji do leczenia sorafenibem** 1) wiek powyżej 18 roku życia; 2) potwierdzone histologicznie rozpoznanie mięsaka podścieliska przewodu pokarmowego (GIST); 3) brak możliwości resekcji zmian pierwotnych lub obecność przerzutów udokumentowane na podstawie oceny stanu klinicznego i wyników badań obrazowych; 4) obecność zmian możliwych do zmierzenia w badaniu tomografii komputerowej; 5) udokumentowane niepowodzenie wcześniejszego leczenia z zastosowaniem imatynibu (progresja w czasie leczenia imatynibem) oraz udokumentowana progresja w czasie leczenia sunitynibem (oporność) lub nietolerancja sunitynibu; 6) brak przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym; 7) potwierdzony stan sprawności ogólnej według klasyfikacji Zubroda-WHO 0-1; 8) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem: liczba płytek krwi $\geq 100000/mm^3$, liczba bezwzględna neutrofili $\geq 1500/mm^3$, stężenie hemoglobiny $\geq 10,0$ g/dl; 9) prawidłowe wartości wskaźników czynności wątroby i nerek (nieprzekraczające 2,5 raza górnej granicy normy lub 5 razy dla prób wątrobowych w przypadku przerzutów do wątroby); 10) brak przeciwwskazań do stosowania sorafenibu. **3.2. Określenie czasu leczenia sorafenibem w programie.** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.		

3.3. Wyłączenie z programu leczenia sorafenibem: 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na sorafenib; 2) udokumentowana progresja choroby w trakcie stosowania sorafenibu; 3) długotrwałe (powyżej 28 dni) działania niepożądane w stopniu równym lub większym od 3 według klasyfikacji WHO nie poddające się leczeniu objawowemu i redukcji dawki; 4) utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności 2-4 według klasyfikacji Zubroda-WHO; 5) rezygnacja pacjenta.		

Załącznik B.4.

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

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
I. Leczenie pierwszej linii chorych na zaawansowanego raka jelita grubego z wykorzystaniem substancji czynnej cetuksymab **1. Kryteria kwalifikowania** 1) histologicznie potwierdzony rak jelita grubego; 2) uogólnienie nowotworu (IV stopień zaawansowania); 3) niemożliwe radykalne leczenie operacyjne; 4) brak wcześniejszego leczenia systemowego z powodu choroby przerzutowej; 5) nieobecne mutacje w genach KRAS i NRAS (wykluczenie mutacji w eksonach 2., 3. i 4. obu genów) oraz nieobecna mutacja w genie BRAF V600E; 6) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według klasyfikacji RECIST; 7) stan sprawności w stopniach 0-1według klasyfikacji Zubroda-WHO; 8) wiek powyżej 18. roku życia; 9) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem: a) liczba płytek krwi większa lub równa 1,5 x10^5/mm^3, b) bezwzględna liczba neutrofilów większa lub równa1500/mm^3, c) stężenie hemoglobiny większe lub równe10,0 g/dl; 10) wskaźniki czynności wątroby i nerek: a) stężenie całkowitej bilirubiny nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem chorych z zespołem Gilberta),	**Cetuksymab** stosowany wg schematu: 1. 400 mg/m^2 powierzchni ciała dożylnie we wlewie trwającym 2 godziny (pierwsza dawka) oraz 250 mg/m^2 powierzchni ciała dożylnie we wlewie trwającym 1 godzinę (kolejne dawki). W tym przypadku cetuksymab stosowany jest w odstępach 7-dniowych, lub 2. 500 mg/m^2 powierzchni ciała dożylnie we wlewie trwającym 2 godziny wówczas cetuksymab stosowany jest w odstępach 14-dniowych. O wyborze schematu dawkowania decyduje lekarz prowadzący. Cetuksymab stosowany jest w monoterapii (trzecia linia leczenia) lub wraz z chemioterapią według schematu FOLFIRI lub FOLFOX (pierwsza linia leczenia) z uwzględnieniem możliwości kontynuowania w monoterapii (bez chemioterapii) w sytuacji potwierdzenia obiektywnej odpowiedzi lub stabilizacji choroby (ocena na podstawie wyników dwóch kolejnych badań obrazowych). Chemioterapia według schematu FOLFIRI i FOLFOX – stosowana w odstępach 14-dniowych.	**Badania podczas kwalifikowania do leczenia cetuksymabem lub panitumumabem:** 1) histologiczne potwierdzenie raka jelita grubego; 2) ocena stanu genów KRAS i NRAS (wykluczenie obecności mutacji w eksonach 2., 3. i 4. obu genów) oraz wykluczenie mutacji w genie BRAF V600E; 3) morfologia krwi z rozmazem; 4) oznaczenie stężenia: a) kreatyniny, b) bilirubiny – w surowicy; 5) oznaczenie stężenia: a) transaminaz (AspAT, AlAT), b) magnezu – w surowicy; 6) próba ciążowa – u kobiet w okresie prokreacyjnym;

b) aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczająca 5-krotnie górnej granicy normy,

c) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy;

11) możliwa do zastosowania (nieobecność przeciwwskazań) chemioterapia wielolekowa według schematu FOLFIRI lub FOLFOX;

12) wykluczenie ciąży;

13) przerzuty w mózgu nieobecne (w przypadku objawów klinicznych – wykluczenie na podstawie badania obrazowego);

14) przeciwwskazania do zastosowania cetuksymabu – niżej wymienione – nieobecne:

a) włóknienie płuc lub śródmiąższowe zapalenia płuc,

b) nadwrażliwość na każdą substancję pomocniczą.

Wymagane jest spełnienie wszystkich kryteriów wymienionych wyżej (w przypadku niespełnienia kryteriów – chemioterapia wielolekowa lub jednolekowa bez cetuksymabu).

2. Określenie czasu leczenia

Do czasu podjęcia decyzji o zakończeniu leczenia zgodnie z kryteriami wyłączenia.

3. Kryteria wyłączenia z programu

1) objawy nadwrażliwości na cetuksymab lub jakikolwiek składnik chemioterapii;

2) progresja choroby w trakcie leczenia;

3) długotrwałe i istotne kliniczne działania niepożądane w stopniu równym lub większym niż 3. według klasyfikacji WHO;

4) włóknienie płuc lub śródmiąższowe zapalenie płuc;

5) utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności do stopnia 3. lub 4. według klasyfikacji Zubroda-WHO.

W przypadku wystąpienia działań niepożądanych dawkowanie leku należy dostosować do wytycznych zawartych w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Jeżeli przerwano stosowanie cetuksymabu, z powodu działań niepożądanych to maksymalny czas do podania kolejnej dawki nie może być dłuższy niż 8 tygodni.

W uzasadnionych przypadkach (w szczególności w przypadku wystąpienia polineuropatii) można zredukować dawkę oksaliplatyny do 65 mg/m^2 powierzchni ciała, a także wydłużyć przerwę pomiędzy cyklami leczenia do 3 tygodni (w szczególności w przypadku powikłań hematologicznych).

W przypadku uzyskania w co najmniej dwóch kolejnych ocenach obrazowych obiektywnej odpowiedzi lub stabilizacji na leczenie pierwszej linii, chemioterapię można przerwać całkowicie lub częściowo (monoterapia fluoropirymidyną) pod warunkiem kontynuowania oceny odpowiedzi zgodnie z zapisami programu. Po stwierdzeniu progresji choroby leczenie może być wznowione, o ile nadal spełnione są kryteria kwalifikowania (z wykluczeniem punktu nr 4 – brak wcześniejszego leczenia systemowego z powodu choroby przerzutowej).

Panitumumab – 6 mg/kg masy ciała dożylnie we wlewie trwającym 1 godzinę w monoterapii (trzecia linia leczenia) lub wraz z chemioterapią według schematu FOLFOX lub FOLFIRI (pierwsza linia leczenia) z uwzględnieniem

7) badanie KT jamy brzusznej oraz innych okolic ciała w zależności od wskazań klinicznych;

8) badanie KT lub MR mózgu w przypadku wskazań klinicznych w celu wykluczenia przerzutów;

9) badanie RTG klatki piersiowej – jeżeli nie jest wykonywane badanie KT klatki piersiowej;

10) EKG;

11) inne badania w razie wskazań klinicznych.

Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.

Badania podczas kwalifikowania do leczenia bewacyzumabem:

1) histologiczne potwierdzenie raka jelita grubego;

2) potwierdzona obecność mutacji aktywującej genu KRAS lub NRAS (w jednym z eksonów 2.,3. lub 4.) w przypadku stosowania bewacyzumabu w skojarzeniu z chemioterpią FOLFIRI;

3) morfologia krwi z rozmazem;

4) oznaczenie stężenia:

a) kreatyniny,

b) bilirubiny

– w surowicy;

5) oznaczenie aktywności:

II. Leczenie pierwszej linii chorych na zaawansowanego raka jelita grubego z wykorzystaniem substancji czynnej bewacyzumab

1. Kryteria kwalifikowania

1) histologicznie potwierdzony rak jelita grubego;
2) uogólnienie nowotworu (IV stopień zaawansowania);
3) niemożliwe radykalne leczenie operacyjne;
4) brak wcześniejszego leczenia systemowego z powodu choroby przerzutowej;
5) wcześniejsze stosowanie chemioterapii uzupełniającej z oksaliplatyną – w przypadku stosowania bewacyzumabu w skojarzeniu z chemioterapią FOLFIRI;
6) potwierdzona obecność mutacji aktywującej genu KRAS lub NRAS (w jednym z eksonów 2.,3. lub 4.) w przypadku stosowania bewacyzumabu w skojarzeniu z chemioterpią FOLFIRI;
7) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według klasyfikacji RECIST;
8) stan sprawności w stopniach 0-1według klasyfikacji Zubroda-WHO;
9) wiek powyżej 18. roku życia;
10) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem:
    a) liczba płytek krwi większa lub równa 1,5 x10^5/mm^3,
    b) bezwzględna liczba neutrofilów większa lub równa 1500/mm^3,
    c) stężenie hemoglobiny większe lub równe 10,0 g/dl;
11) wskaźniki czynności wątroby i nerek:
    a) stężenie całkowitej bilirubiny nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem chorych z zespołem Gilberta),
    b) aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczająca 5-krotnie górnej granicy normy,
    c) stężenie kreatyniny w granicach normy;

możliwości kontynuowania w monoterapii (bez chemioterapii) w sytuacji potwierdzenia obiektywnej odpowiedzi lub stabilizacji choroby (ocena na podstawie wyników dwóch kolejnych badań obrazowych).

Chemioterapia według schematu FOLFOX i FOLFIRI – stosowana w odstępach 14-dniowych.

Panitumumab – stosowany w odstępach 14-dniowych.

W przypadku wystąpienia działań niepożądanych dawkowanie leku należy dostosować do wytycznych zawartych w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Jeżeli przerwano stosowanie panitumumabu z powodu działań niepożądanych, to maksymalny czas do podania kolejnej dawki nie może być dłuższy niż 8 tygodni.

W uzasadnionych przypadkach (w szczególności w przypadku wystąpienia polineuropatii) można zredukować dawkę oksaliplatyny do 65 mg/m^2 powierzchni ciała, a także wydłużyć przerwę pomiędzy cyklami leczenia do 3 tygodni (w szczególności w przypadku powikłań hematologicznych).

W przypadku uzyskania w co najmniej dwóch kolejnych ocenach obrazowych obiektywnej odpowiedzi lub stabilizacji na leczenie pierwszej linii, chemioterapię można przerwać całkowicie lub częściowo (monoterapia fluoropirymidyną) pod warunkiem kontynuowania oceny odpowiedzi zgodnie z zapisami programu. Po stwierdzeniu progresji choroby leczenie może być wznowione, o ile nadal spełnione są kryteria kwalifikowania (z

    a) transaminaz (AspAT, AlAT),
    – w surowicy;
6) oznaczenie czasu kaolinowo-kefalinowego (APTT);
7) oznaczenie INR;
8) badanie ogólne moczu;
9) próba ciążowa – u kobiet w okresie prokreacyjnym;
10) badanie KT jamy brzusznej oraz innych okolic ciała w zależności od wskazań klinicznych;
11) badanie KT lub MR mózgu w przypadku wskazań klinicznych w celu wykluczenia przerzutów;
12) badanie RTG klatki piersiowej – jeżeli nie jest wykonywane badanie KT klatki piersiowej;
13) EKG;
14) pomiar ciśnienia tętniczego;
15) inne badania w razie wskazań klinicznych.

Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.

Badania przy kwalifikacji do leczenia afliberceptem:

1) histologiczne potwierdzenie raka jelita grubego;
2) morfologia krwi z rozmazem;

12) możliwa do zastosowania (nieobecność przeciwwskazań) chemioterapia wielolekowa według schematu FOLFIRI; 13) wykluczenie ciąży; 14) przerzuty w mózgu nieobecne (w przypadku objawów klinicznych – wykluczenie na podstawie badania obrazowego); 15) przeciwwskazania do zastosowania bewacyzumabu – niżej wymienione – nieobecne: a) nieusunięta pierwotna zmiana nowotworowa w jelicie grubym (chorzy kwalifikowani do leczenia bewacyzumabem muszą mieć wykonaną resekcję pierwotnej zmiany w jelicie grubym), b) czynna choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy, c) niestabilne nadciśnienie tętnicze, d) niestabilna choroba niedokrwienna serca, e) naczyniowe choroby ośrodkowego układu nerwowego w wywiadzie, f) wrodzona skaza krwotoczna lub nabyta koagulopatia, g) stany chorobowe przebiegające ze zwiększonym ryzykiem krwawień, h) stosowanie leków przeciwkrzepliwych lub antyagregacyjnych (dopuszczalne jest podawanie heparyny drobnocząsteczkowej w dawce profilaktycznej), i) niegojące się rany, j) zabieg operacyjny przebyty w ciągu mniej niż 4 tygodni od momentu kwalifikacji do leczenia, k) białkomocz (z wyjątkiem stopnia 1 wg CTCAE), l) alergia na lek lub którąkolwiek z substancji pomocniczych. Wymagane jest spełnienie wszystkich kryteriów wymienionych wyżej (w przypadku niespełnienia kryteriów – chemioterapia wielolekowa lub jednolekowa bez bewacyzumabu). **2. Określenie czasu leczenia**	wykluczeniem punktu 4 - brak wcześniejszego leczenia systemowego z powodu choroby przerzutowej). **Bewacyzumab –** 10 mg/kg masy ciała dożylnie (schemat FOLFOX-4) lub 5 mg/kg masy ciała dożylnie (schemat FOLFIRI) we wlewie trwającym 30-90 minut (dzień 1.) wraz z chemioterapią według schematów: a) FOLFIRI – pierwsza linia leczenia; b) FOLFOX-4 – druga linia leczenia. Bewacyzumab – stosowany w odstępach 14-dniowych z uwzględnieniem możliwości kontynuowania w monoterapii (bez chemioterapii) w sytuacji potwierdzenia obiektywnej odpowiedzi lub stabilizacji choroby w ocenie przeprowadzonej na podstawie wyników dwóch kolejnych badań obrazowych (lek nie może być stosowany w monoterapii w drugiej linii leczenia) W przypadku wystąpienia działań niepożądanych dawkowanie leku należy dostosować do wytycznych zawartych w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Jeżeli przerwano stosowanie bewacyzumabu, to maksymalny czas do podania kolejnej dawki nie może być dłuższy niż 8 tygodni. W uzasadnionych przypadkach (w szczególności w przypadku wystąpienia polineuropatii) można zredukować dawkę oksaliplatyny do 65 mg/m^2 powierzchni ciała, a także wydłużyć przerwę pomiędzy cyklami leczenia do 3 tygodni (w	3) oznaczenie stężenia: a) kreatyniny, b) bilirubiny – w surowicy; 4) oznaczenie aktywności: a) transaminaz (AspAT, AlAT), – w surowicy; 5) oznaczenie czasu kaolinowo-kefalinowego (APTT); 6) oznaczenie INR lub czasu protrombinowego (PT); 7) badanie ogólne moczu; 8) próba ciążowa – u kobiet w okresie prokreacyjnym; 9) badanie KT jamy brzusznej oraz innych okolic ciała w zależności od wskazań klinicznych; 10) badanie KT lub MR mózgu w przypadku wskazań klinicznych w celu wykluczenia przerzutów; 11) badanie RTG klatki piersiowej – jeżeli nie jest wykonywane KT klatki piersiowej; 12) EKG; 13) pomiar ciśnienia tętniczego; 14) inne badania w razie wskazań klinicznych. Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.

Do czasu podjęcia decyzji o zakończeniu leczenia zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) objawy nadwrażliwości na bewacyzumab lub jakikolwiek składnik chemioterapii; 2) progresja choroby w trakcie leczenia; 3) długotrwałe i istotne klinicznie działania niepożądane w stopniu równym lub większym niż 3. według klasyfikacji WHO; 4) utrzymujący się białkomocz stopnia co najmniej 2. wg CTCAE; 5) utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności do stopnia 3. lub 4. według klasyfikacji Zubroda-WHO. **III. Leczenie pierwszej linii chorych na zaawansowanego raka jelita grubego z wykorzystaniem substancji czynnej panitumumab w skojarzeniu z chemioterapią według schematu FOLFIRI** **1. Kryteria kwalifikowania** 1) histologicznie potwierdzony rak jelita grubego; 2) uogólnienie nowotworu (IV stopień zaawansowania); 3) niemożliwe radykalne leczenie operacyjne; 4) brak wcześniejszego leczenia systemowego z powodu choroby przerzutowej; 5) nieobecne mutacje w genach KRAS i NRAS (wykluczenie mutacji w eksonach 2., 3. i 4. obu genów) oraz nieobecna mutacja w genie BRAF V600E; 6) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według klasyfikacji RECIST; 7) stan sprawności w stopniach 0-1 według klasyfikacji Zubroda-WHO; 8) wiek powyżej 18. roku życia; 9) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem:	szczególności w przypadku powikłań hematologicznych). W przypadku uzyskania w co najmniej dwóch kolejnych ocenach obrazowych obiektywnej odpowiedzi lub stabilizacji na leczenie pierwszej linii, chemioterapię można przerwać całkowicie (bewacyzumab w monoterapii) lub częściowo (bewacyzumab z fluoropirymidyną pod warunkiem kontynuowania oceny odpowiedzi zgodnie z zapisami programu. Po stwierdzeniu progresji choroby leczenie może być wznowione, o ile nadal spełnione są kryteria kwalifikowania (z wykluczeniem punktu nr 4 – brak wcześniejszego leczenia systemowego z powodu choroby przerzutowej). **Aflibercept** - 4 mg/kg masy ciała dożylnie we wlewie trwającym 1 godzinę (dzień 1) wraz z chemioterapią według schematu FOLFIRI. Cykl leczenia powtarza się co dwa tygodnie. W przypadku wystąpienia działań niepożądanych dawkowanie leku należy dostosować do wytycznych zawartych w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Jeżeli przerwano stosowanie afliberceptu, z powodu działań niepożądanych to maksymalny czas do podania kolejnej dawki nie może być dłuższy niż 8 tygodni. Aflibercept nie może być stosowany w monoterapii.	**Badania przy kwalifikacji do terapii skojarzonej trifluridyną oraz typiracylem:** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) stężenie bilirubiny całkowitej; 3) stężenie kreatyniny; 4) aktywność transaminaz (AspAT, AlAT); 5) badanie ogólne moczu; 6) badanie tomografii komputerowej jamy brzusznej oraz innych okolic ciała w zależności od wskazań klinicznych; 7) badanie RTG klatki piersiowej – jeżeli nie jest wykonywana tomografia komputerowa tej okolicy. **Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia cetuksymabem lub panitumumabem:** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia: a) kreatyniny, b) bilirubiny – w surowicy; 3) oznaczenie stężenia: a) transaminaz (AspAT, AlAT), b) fosfatazy alkalicznej, c) magnezu – w surowicy; 4) ocena powikłań skórnych; 5) inne badanie w razie wskazań klinicznych.

a) liczba płytek krwi większa lub równa 1,5 x10^5/mm^3, b) bezwzględna liczba neutrofilów większa lub równa 1500/mm^3, c) stężenie hemoglobiny większe lub równe 10,0 g/dl; 10) wskaźniki czynności wątroby i nerek: a) stężenie całkowitej bilirubiny nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem chorych z zespołem Gilberta), b) aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczająca 5-krotnie górnej granicy normy, c) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy; 11) możliwa do zastosowania (nieobecność przeciwwskazań) chemioterapia wielolekowa według schematu FOLFIRI; 12) wykluczenie ciąży; 13) przerzuty w mózgu nieobecne (w przypadku objawów klinicznych – wykluczenie na podstawie badania obrazowego); 14) przeciwwskazania do zastosowania panitumumabu – niżej wymienione – nieobecne: a) włóknienie płuc lub śródmiąższowe zapalenia płuc, b) nadwrażliwość na każdą substancję pomocniczą. Wymagane jest spełnienie wszystkich kryteriów wymienionych wyżej (w przypadku niespełnienia kryteriów – chemioterapia wielolekowa lub jednolekowa bez panitumumabu). **2. Określenie czasu leczenia** Do czasu podjęcia decyzji o zakończeniu leczenia zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) objawy nadwrażliwości na panitumumab lub jakikolwiek składnik chemioterapii;	**Triflurydyna w skojarzeniu z typiracylem** - zalecana dawka początkowa u dorosłych to 35 mg/m2 pc./dawkę podawana doustnie dwa razy na dobę od 1. do 5. dnia oraz od 8. do 12. dnia każdego 28-dniowego cyklu, podawana tak długo, jak długo obserwuje się korzyści z leczenia lub do momentu wystąpienia niemożliwych do zaakceptowania objawów toksyczności. Dawkowanie oblicza się na podstawie powierzchni ciała pacjenta zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego. Dawkę należy zaokrąglić do najbliższej wartości zwiększanej o 5 mg. Nie należy przekraczać 80 mg/dawkę. Jeśli dawki pominięto lub wstrzymano, pacjent nie powinien przyjąć pominiętych dawek.	Jeżeli cetuksymab lub panitumumab stosowany jest łącznie z chemioterapią (pierwsza linia leczenia) to badanie morfologii krwi, oznaczenie stężenia kreatyniny oraz ocenę powikłań skórnych wykonuje się przed rozpoczęciem każdego cyklu leczenia, a pozostałe badania przed rozpoczęciem co drugiego cyklu leczenia. Jeżeli panitumumab lub cetuksymab stosowane są w monoterapii (trzecia linia leczenia), to ocenę powikłań skórnych wykonuje się przed każdym podaniem leku, a pozostałe badania nie rzadziej niż co miesiąc. Badania należy wykonać zawsze w przypadku wskazań klinicznych. **Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia bewacyzumabem:** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia: a) kreatyniny, b) bilirubiny – w surowicy; 3) oznaczenie aktywności: a) transaminaz (AspAT, AlAT), b) fosfatazy alkalicznej – w surowicy; 4) badanie ogólne moczu; 5) pomiar ciśnienia tętniczego; 6) inne badanie w razie wskazań klinicznych.

2) progresja choroby w trakcie leczenia; 3) długotrwałe i istotne kliniczne działania niepożądane w stopniu równym lub większym niż 3. według klasyfikacji WHO; 4) włóknienie płuc lub śródmiąższowe zapalenie płuc; 5) utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności do stopnia 3. lub 4. według klasyfikacji Zubroda-WHO. **IV. Leczenie pierwszej linii chorych na zaawansowanego raka jelita grubego z wykorzystaniem substancji czynnej panitumumab w skojarzeniu z chemioterapią według schematu FOLFOX** **1. Kryteria kwalifikowania** 1) histologicznie potwierdzony rak jelita grubego; 2) uogólnienie nowotworu (IV stopień zaawansowania); 3) niemożliwe radykalne leczenie operacyjne; 4) brak wcześniejszego leczenia systemowego z powodu choroby przerzutowej; 5) nieobecne mutacje w genach KRAS i NRAS (wykluczenie mutacji w eksonach 2., 3. i 4. obu genów) oraz nieobecna mutacja BRAF V600E; 6) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według klasyfikacji RECIST; 7) stan sprawności w stopniach 0-1według klasyfikacji Zubroda-WHO; 8) wiek powyżej 18. roku życia; 9) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem: a) liczba płytek krwi większa lub równa 1,5 x10^5/mm^3, b) bezwzględna liczba neutrofilów większa lub równa1500/mm^3, c) stężenie hemoglobiny większe lub równe10,0 g/dl; 10) wskaźniki czynności wątroby i nerek: a) stężenie całkowitej bilirubiny nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem chorych z zespołem Gilberta),		Badanie morfologii krwi, oznaczenie stężenia kreatyniny oraz pomiar ciśnienia tętniczego wykonuje się przed rozpoczęciem każdego cyklu leczenia, a pozostałe badania przed rozpoczęciem co drugiego cyklu leczenia. Badania należy zawsze wykonać w przypadku wskazań klinicznych. **Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia afliberceptem:** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia: a) kreatyniny, b) bilirubiny – w surowicy; 3) oznaczenie aktywności: a) transaminaz (AspAT, AlAT), b) fosfatazy alkalicznej – w surowicy; 4) badanie ogólne moczu; 5) pomiar ciśnienia tętniczego; 6) inne badanie w razie wskazań klinicznych. Morfologię krwi z rozmazem wykonuje się w odstępach 2-tygodniowych lub przed rozpoczęciem kolejnego cyklu leczenia jeżeli podanie leku było opóźnione . Pozostałe badania wykonuje się w odstępach 4-tygodniowych (co drugi cykl leczenia) lub przed rozpoczęciem kolejnego cyklu terapii jeżeli podanie leku było opóźnione lub w przypadku zaistnienia wskazań klinicznych.

b) aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczająca 5-krotnie górnej granicy normy, c) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy; 11) możliwa do zastosowania (nieobecność przeciwwskazań) chemioterapia wielolekowa według schematu FOLFOX; 12) niestosowanie wcześniej chemioterapii uzupełniającej z oksaliplatyną; 13) wykluczenie ciąży; 14) przerzuty w mózgu nieobecne (w przypadku objawów klinicznych – wykluczenie na podstawie badania obrazowego); 15) przeciwwskazania do zastosowania panitumumabu – niżej wymienione – nieobecne: a) włóknienie płuc lub śródmiąższowe zapalenia płuc, b) nadwrażliwość na każdą substancję pomocniczą. Wymagane jest spełnienie wszystkich kryteriów wymienionych wyżej (w przypadku niespełnienia kryteriów – chemioterapia wielolekowa lub jednolekowa bez panitumumabu). **2. Określenie czasu leczenia** Do czasu podjęcia decyzji o zakończeniu leczenia zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) objawy nadwrażliwości na panitumumab lub jakikolwiek składnik chemioterapii; 2) progresja choroby w trakcie leczenia; 3) długotrwałe i istotne kliniczne działania niepożądane w stopniu równym lub większym niż 3. według klasyfikacji WHO; 4) włóknienie płuc lub śródmiąższowe zapalenie płuc;		**Monitorowanie skuteczności leczenia aflibercept em, bewacyzumabem, cetuksymabem lub panitumumabem:** 1) badanie KT odpowiednich obszarów ciała w zależności od wskazań klinicznych; 2) badanie RTG klatki piersiowej – jeżeli nie jest wykonywane badanie KT klatki piersiowej; 3) inne badania w razie wskazań klinicznych. Badania wykonuje się: 1) nie rzadziej niż w odstępach 12-tygodniowych z możliwością 2-tygodniowego opóźnienia daty wykonania w przypadkach uzasadnionych przesunięć w realizowaniu leczenia; 2) w chwili wyłączenia z programu, o ile nastąpiło z innych przyczyn niż udokumentowana progresja choroby; 3) zawsze w przypadku wskazań klinicznych. Oceny skuteczności leczenia dokonuje się zgodnie z kryteriami RECIST. **Monitorowanie leczenia terapią skojarzoną trifluridyną oraz typiracylem** Badanie przeprowadzane przed każdym cyklem podania leku: 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) stężenie bilirubiny całkowitej; 3) stężenie kreatyniny;

5) utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności do stopnia 3. lub 4. według klasyfikacji Zubroda-WHO. **V. Leczenie drugiej linii chorych na zaawansowanego raka jelita grubego z wykorzystaniem substancji czynnej bewacyzumab – wyłącznie u chorych, którzy nie otrzymali wymienionego leku podczas pierwszej linii leczenia.** **1.** Chemioterapia według schematu FOLFOX-4 z bewacyzumabem w przypadku chorych, którzy otrzymali irynotekan w pierwszej linii leczenia zaawansowanego nowotworu. Do leczenia nie mogą być kwalifikowani chorzy, którzy otrzymali oksaliplatynę podczas uzupełniającej chemioterapii pooperacyjnej (kryterium wyłączenia). Kryteria kwalifikowania – stan sprawności w stopniach 0-2 według klasyfikacji Zubroda-WHO oraz typowe dla chemioterapii i umieszczone w punkcie 1. w przypadku stosowania bewacyzumabu w pierwszej linii z wyjątkiem punktów 4), 5), 6), 8) i 12). **2. Określenie czasu leczenia** Do czasu podjęcia decyzji o zakończeniu leczenia zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) objawy nadwrażliwości na bewacyzumab lub jakikolwiek składnik chemioterapii; 2) progresja choroby w trakcie leczenia; 3) długotrwałe i istotne kliniczne działania niepożądane w stopniu równym lub większym niż 3. według klasyfikacji WHO; 4) utrzymujący się białkomocz stopnia co najmniej 2. wg CTCAE; 5) utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności do stopnia 3. lub 4. według klasyfikacji Zubroda-WHO.		4) aktywność transaminaz (AspAT, AlAT); 5) badanie ogólne moczu; Odpowiednie badania obrazowe wykonywane nie rzadziej niż co 8 tygodni lub w razie podejrzenia progresji choroby. **Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa leczenia pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy IX pkt. 1, powinno być prowadzone jednakowo jak w przypadku pozostałych pacjentów.** **Monitorowanie programu** 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) Uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej) zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ; 4) W przypadku pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy IX pkt. 1, nie jest wymagane uzupełnianie danych i informacji w elektronicznym systemie monitorowania

VI. Leczenie drugiej linii chorych na zaawansowanego raka jelita grubego z wykorzystaniem substancji czynnej aflibercept **1. Kryteria kwalifikowania** 1) histologicznie potwierdzony raka jelita grubego; 2) potwierdzenie uogólnienia nowotworu, tj. obecności przerzutów w narządach odległych na podstawie wyników badań obrazowych; 3) brak możliwości wykonania radykalnej metastazektomii; 4) udokumentowana nieskuteczność zastosowanej w zaawansowanym stadium chemioterapii pierwszej linii z udziałem fluoropirymidyny i oksaliplatyny; 5) niestosowanie wcześniejszego leczenia z wykorzystaniem irynotekanu lub afliberceptu; 6) potwierdzenie obecności zmiany lub zmian nowotworowych umożliwiających ocenę odpowiedzi na leczenie według klasyfikacji RECIST; 7) stan sprawności ogólnej: – 0 według klasyfikacji Zubroda-WHO i dowolna liczba przerzutów w narządach odległych lub – 1 według klasyfikacji Zubroda-WHO i jedna lokalizacją przerzutu w narządach odległych; 8) wiek powyżej 18. roku życia; 9) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem: a) liczba płytek krwi większa lub równa 1,5 x $10^5/mm^3$, b) bezwzględna liczba neutrofili większa lub równa $1500/mm^3$, c) stężenie hemoglobiny większe lub równe 10,0 g/dl; 10) wskaźniki czynności wątroby i nerek: a) stężenie bilirubiny całkowitej nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem chorych z zespołem Gilberta),		programów lekowych.

b) aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczająca 5-krotnie górnej granicy normy, c) stężenie kreatyniny w granicach normy; 11) wykluczenie ciąży; 12) nieobecność przerzutów w mózgu (w przypadku objawów klinicznych ze strony ośrodkowego układu nerwowego konieczne jest wykluczenie przerzutów na podstawie badania obrazowego); 13) nieobecność przeciwwskazań do chemioterapii według schematu FOLFIRI; 14) nieobecność przeciwwskazań do zastosowania afliberceptu, którymi są: a) nieusunięta pierwotna zmiana nowotworowa w jelicie grubym (pacjenci kwalifikowani do leczenia afliberceptem muszą mieć wykonaną resekcję pierwotnej zmiany w jelicie grubym), b) czynna choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy, c) nie poddające się kontroli nadciśnienie tętnicze, d) zastoinowa niewydolność krążenia klasy III lub IV wg NYHA, e) tętniczy incydent zatorowo-zakrzepowy, f) żylne zdarzenie zakrzepowo-zatorowe zagrażające życiu- stopień IV (w tym zatorowość płucna), g) choroby naczyniowe ośrodkowego układu nerwowego w wywiadzie, h) wrodzona skaza krwotoczna lub nabyta koagulopatia, i) stany chorobowe przebiegające ze zwiększonym ryzykiem krwawień, j) niegojące się rany, k) zabieg operacyjny przebyty w ciągu mniej niż 4 tygodni od momentu kwalifikacji do leczenia, l) białkomocz ≥ 2g/24 godziny oznaczony w dobowej zbiórce moczu - jeśli poprzedzające badanie ogólne moczu było nieprawidłowe, m) nadwrażliwość na lek lub którąkolwiek z substancji pomocniczych. Kryteria kwalifikacji musza być spełnione łącznie.		

2. Określenie czasu leczenia Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) objawy nadwrażliwości na aflibercept lub którykolwiek składnik chemioterapii według schematu FOLFIRI; 2) progresja choroby w trakcie leczenia; 3) długotrwałe działania niepożądane w stopniu równym lub większym od 3 według klasyfikacji WHO; 4) utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności według klasyfikacji Zubroda-WHO do stopnia 2 lub wyższych. **VII. Leczenie trzeciej linii chorych na zaawansowanego raka jelita grubego z wykorzystaniem substancji czynnej panitumumab lub cetuksymab w monoterapii**. **1. Kryteria kwalifikowania** 1) histologicznie potwierdzony rak jelita grubego; 2) uogólnienie nowotworu (IV stopień zaawansowania); 3) niemożliwe radykalne leczenie operacyjne; 4) brak wcześniejszego leczenia panitumumabem lub cetuksymabem z powodu raka jelita grubego; 5) nieobecne mutacje w genach KRAS i NRAS (wykluczenie mutacji w eksonach 2., 3. i 4. obu genów) oraz nieobecna mutacja w genie BRAF V600E; 6) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według klasyfikacji RECIST; 7) stan sprawności w stopniach 0-2 według klasyfikacji Zubroda-WHO;		

8) wiek powyżej 18. roku życia; 9) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem: a) liczba płytek krwi większa lub równa 0,75 x $10^5/mm^3$, b) bezwzględna liczba neutrofilów większa lub równa $1000/mm^3$, c) stężenie hemoglobiny większe lub równe 8,0 g/dl; 10) wskaźniki czynności wątroby i nerek: a) stężenie całkowitej bilirubiny nieprzekraczające 3-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem chorych z zespołem Gilberta), b) aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczająca 5-krotnie górnej granicy normy, c) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy; 11) wykluczenie ciąży; 12) przerzuty w mózgu nieobecne (w przypadku objawów klinicznych – wykluczenie na podstawie badania obrazowego); 13) przeciwwskazania do zastosowania cetuksymabu lub panitumumabu – niżej wymienione – nieobecne: a) włóknienie płuc lub śródmiąższowe zapalenia płuc, b) nadwrażliwość na każdą substancję pomocniczą. Wymagane jest spełnienie wszystkich kryteriów wymienionych wyżej (w przypadku niespełnienia kryteriów – brak standardowego leczenia). **2. Określenie czasu leczenia** Do czasu podjęcia decyzji o zakończeniu leczenia zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) objawy nadwrażliwości na cetuksymab lub panitumumab lub jakikolwiek składnik chemioterapii;		

2) progresja choroby w trakcie leczenia; 3) długotrwałe i istotne działania niepożądane w stopniu równym lub większym niż 3. według klasyfikacji WHO; 4) utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności do stopnia 3. lub 4. według klasyfikacji Zubroda-WHO. **VIII. Leczenie trzeciej lub czwartej linii chorych na zaawansowanego raka jelita grubego z wykorzystaniem terapii skojarzonej triflurydyną oraz typiracylem.** **1. Kryteria kwalifikowania** 1) Potwierdzony histologicznie rak jelita grubego (ICD-10: C18 - C20) 2) potwierdzenie uogólnienia nowotworu, tj. obecności przerzutów w narządach odległych na podstawie badań obrazowych; 3) potwierdzenie obecności zmiany lub zmian nowotworowych umożliwiających ocenę odpowiedzi na leczenie; 4) wiek ≥ 18 rok życia; 5) stan sprawności ogólnej według WHO 0-1; 6) wyniki badań laboratoryjnych zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego; 7) udokumentowana nieskuteczność wcześniejszej chemioterapii opartej na fluoropirymidynie, oksaliplatynie i irynotekanie, terapii z zastosowaniem leków anty-VEGF oraz leków anty-EGFR lub brak możliwości zastosowania wymienionych powyżej metod. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie triflurydyną/typiracylem kontynuuje się do czasu podjęcia przez lekarza decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami zakończenia udziału w programie.		

3. Kryteria zakończenia udziału w programie 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na triflurydynę/typiracyl lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 2) progresja choroby; 3) wystąpienie niemożliwych do zaakceptowania objawów toksyczności; 4) stan sprawności według WHO 3-4. **IX. Kontynuacja leczenia pacjentów po zakończeniu finansowania w ramach chemioterapii niestandardowej** 1) Z dniem 1 kwietnia 2018 roku do programu kwalifikowani mogą być pacjenci, których leczenie było finansowane do tego dnia w ramach programu chemioterapii niestandardowej. 2) Kwalifikacja, o której mowa w pkt. 1, dotyczy leczenia tą samą substancją czynną, która była finansowana w ramach programu chemioterapii niestandardowej. 3) Pacjenci, o których mowa w pkt. 1 nie muszą spełniać w chwili kwalifikacji, innych kryteriów wymaganych do włączenia do programu. 4) Pacjenci, o których mowa w pkt. 1 kontynuują leczenie w ramach programu do momentu podjęcia decyzji przez lekarza prowadzącego o zakończeniu leczenia danym lekiem.		

Załącznik B.5.

LECZENIE RAKA WĄTROBOWOKOMÓRKOWEGO (ICD-10 C 22.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji: 1) histologiczne lub cytologiczne rozpoznanie raka wątrobowokomórkowego. W przypadku pacjentów z marskością wątroby w wywiadzie ze zmianami o średnicy >1 cm możliwe jest odstąpienie od rozpoznania histologicznego lub cytologicznego pod warunkiem uzyskania typowego obrazu dla HCC w tomografii komputerowej (TC) lub rezonansie magnetycznym z kontrastem (MRI), z obrazowaniem w trzech fazach: tętniczej, żylnej wrotnej i równowagi, ze wzmocnieniem w fazie tętniczej (zmiana hiperdensyjna) oraz wypłukiwaniem kontrastu z ogniska w fazie żylnej wrotnej lub równowagi (zmiana hipodensyjna); 2) brak możliwości zastosowania leczenia miejscowego lub jego nieskuteczność; 3) stan sprawności 0-1 według WHO; 4) czynnościowy stan wątroby w kategorii A na podstawie oceny według klasyfikacji Child-Pugh; 5) nieobecność przerzutów poza wątrobą; 6) obecność przynajmniej jednej zmiany mierzalnej, zgodnie z kryteriami RECIST; 7) wskaźniki morfologii krwi: a) stężenie hemoglobiny większe lub równe 8,5 g/dl, b) liczba granulocytów większa lub równa 1,0 x 10^9/l,	1. Sorafenib jest stosowany w dobowej dawce 800 mg (2 razy dziennie po 2 tabletki zawierające 200 mg) bez przerw. 2. W przypadkach wystąpienia istotnych klinicznie lub ciężkich działań niepożądanych należy przerwać stosowanie leku aż do zmniejszenia się nasilenia tych objawów oraz należy rozważyć zmniejszenie dobowej dawki sorafenibu do 400 mg dziennie (2 tabletki po 200 mg raz dziennie). 3. Jeżeli istotne klinicznie lub ciężkie działania niepożądane nie zmniejszą swojego nasilenia w okresie 4 tygodni pomimo przerwania podawania leku, należy zakończyć leczenie. 4. Jeżeli pomimo zmniejszenia dawki do 400 mg dziennie istotne klinicznie lub ciężkie działania niepożądane ponownie wystąpią, należy zredukować dawkę leku do 400 mg podawanych co drugi dzień. 5. Dalsze redukcje dawki leku nie są możliwe - ponowne pojawienie się istotnych klinicznie lub ciężkich działań niepożądanych nakazuje zakończenie leczenia.	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia sorafenibem:** 1) potwierdzenie raka wątrobowokomórkowego histologiczne lub cytologiczne lub radiologiczne przy pomocy kontrastowej trójfazowej dynamicznej CT lub MRI (u pacjentów z marskością wątroby); 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenie stężenia mocznika, kreatyniny, AspAT, AlAT, fosfatazy alkalicznej, bilirubiny, wapnia, białka, glukozy, albumin, AFP w surowicy; 4) oznaczenie antygenu HBS oraz przeciwciał anty-HCV w surowicy; 5) oznaczenie INR lub czasu protrombinowego; 6) tomografia komputerowa jamy brzusznej i klatki piersiowej (w celu wykluczenia przerzutów pozawątrobowych); 7) RTG klatki piersiowej; 8) EKG; 9) próba ciążowa (u kobiet w wieku rozrodczym); 10) pomiar ciśnienia tętniczego. Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. **2. Monitorowanie leczenia:** 1) co 4 tygodnie (lub w chwili rozpoczynania kolejnego

c) liczba płytek większa lub równa 60 x 10^9/l; 8) wskaźniki czynności nerek - stężenie kreatyniny mniejsze lub równe 1,5-krotności górnej granicy normy; 9) wskaźniki czynności wątroby: a) stężenie bilirubiny mniejsze lub równe 3 mg/dl, b) stężenie AspAT i AlAT mniejsze lub równe 5-krotności górnej granicy normy, c) stężenie albumin większe lub równe 3 g/dl, d) INR mniejsze lub równe 2,3 lub czas protrombinowy przedłużony o maksymalnie 6 sekund powyżej górnej granicy normy; 10) niestosowanie w przeszłości farmakologicznego leczenia przeciwnowotworowego z powodu raka wątrobowokomórkowego; 11) u kobiet w wieku rozrodczym wykluczenie ciąży na podstawie testu ciążowego. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **2. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu:** 1) brak udokumentowanego rozpoznania raka wątrobowokomórkowego zgodnie z kryteriami włączenia; 2) przebyta chemioterapia lub innego rodzaju farmakologiczne leczenie z powodu raka wątrobowokomórkowego; 3) możliwość zastosowania leczenia miejscowego raka wątrobowokomórkowego; 4) nadwrażliwość na substancję czynną lub substancje pomocnicze; 5) stan sprawności 2-4 według WHO; 6) obecność przerzutów poza wątrobą; 7) niekontrolowane nadciśnienie tętnicze;		28-dniowego kursu jeżeli leczenie było czasowo przerwane): a) morfologia krwi z rozmazem, b) oznaczenie stężenia kreatyniny, AspAT, AlAT, fosfatazy alkalicznej, bilirubiny w surowicy, c) pomiar ciśnienia tętniczego, d) inne - w razie wskazań klinicznych; 2) nie rzadziej niż co 12 tygodni (lub przed zakończeniem co trzeciego 28-dniowego kursu jeżeli leczenie było czasowo przerwane): a) oznaczenie poziomu AFP w surowicy, b) oznaczenie INR lub czasu protrombinowego, c) tomografia komputerowa jamy brzusznej, d) RTG klatki piersiowej, e) EKG, f) inne badania – w razie wskazań klinicznych; 3) zawsze w przypadku wskazań klinicznych: a) oznaczenie poziomu AFP w surowicy, b) oznaczenie INR lub czasu protrombinowego, c) tomografia komputerowa jamy brzusznej, d) RTG klatki piersiowej, e) EKG. **3. Monitorowanie programu:** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie

8) obecność istotnych schorzeń współistniejących; 9) uszkodzenie szpiku kostnego, nerek lub wątroby (brak spełnienia laboratoryjnych kryteriów włączenia do programu); 10) ciąża lub karmienie piersią; 11) brak zgody na stosowanie efektywnej antykoncepcji (u mężczyzn lub u kobiet w okresie prokreacyjnym). **3. Określenie czasu leczenia w programie:** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w ust. 4. **4. Kryteria wyłączenia z programu:** 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na sorafenib lub którąkolwiek substancję pomocniczą; 2) obiektywna progresja choroby w trakcie stosowania leku; 3) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia, w tym istotnego pogorszenia stanu sprawności ogólnej; 4) istotne, w ocenie lekarza prowadzącego, pogorszenie jakości życia świadczeniobiorcy; 5) rezygnacja świadczeniobiorcy.		leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.6.

LECZENIE NIEDROBNOKOMÓRKOWEGO RAKA PŁUCA (ICD-10 C 34)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikowania chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca do leczenia pierwszej linii (chorzy wcześniej nie poddawani systemowemu leczeniu z powodu zaawansowanego nowotworu) z zastosowaniem afatynibu (mutacja w genie EGFR). 1.1. Rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne: a) raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego, lub b) raka niedrobnokomórkowego z przewagą raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego, lub c) raka niedrobnokomórkowego bez ustalonego podtypu (ang. not otherwise specified - NOS); 1.2. Obecność mutacji aktywującej w genie EGFR kodującym receptor naskórkowego czynnika wzrostu (ang. epidermal growth factor receptor - EGFR) potwierdzona z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat europejskiego programu kontroli jakości dla danego testu; 1.3. Zaawansowanie miejscowe (stopień III - z wyjątkiem sytuacji, w których możliwe jest zastosowanie radiochemioterapii, radioterapii lub chirurgicznego leczenia) lub uogólnienie (stopień IV); 1.4. Obecność zmian możliwych do zmierzenia w celu przeprowadzenia obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny systemu RECIST 1.1 (ang. response evaluation criteria in solid tumours) lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych;	**1. Dawkowanie leków w programie** Dawkowanie leków w programie i modyfikowanie leczenia powinno być zgodne z Charakterystyką Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikowaniu do leczenia** a) Histologiczne lub cytologiczne potwierdzenie określonego typu niedrobnokomórkowego raka płuca zgodnie z kryteriami kwalifikowania chorych; b) Potwierdzenie obecności odpowiednich czynników molekularnych (stan genów EGFR oraz ALK lub ROS1) oraz immunohistochemicznych (stopień ekspresji PDL1) zgodnie z kryteriami kwalifikowania chorych (w pierwszej kolejności należy wykonać badanie w kierunku mutacji w genie EGFR, co uzasadniają wytyczne postępowania diagnostycznego); c) Morfologia krwi z rozmazem; d) Oznaczenia stężenia kreatyniny; e) Oznaczenie stężenia bilirubiny; f) Oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; g) Oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; h) Oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej;

1.5. Nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (leczenie chirurgiczne lub radioterapia) oraz nieobecność istotnych klinicznie objawów neurologicznych i potrzeby zwiększania dawki glikokortykosteroidów w ciągu ostatniego miesiąca przed włączeniem do programu; 1.6. Wiek powyżej 18. roku życia; 1.7. Sprawność w stopniu 0-2 według kryteriów WHO lub ECOG; 1.8. Nieobecność istotnych klinicznie chorób współwystępujących (szczególnie - niekontrolowane nadciśnienie tętnicze, niestabilna choroba wieńcowa, zawał mięśnia sercowego w ciągu ostatniego roku, komorowe zaburzenia rytmu wymagające leczenia); 1.9. Czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 1.10. Czynność nerek umożliwiająca leczenie (stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy); 1.11. Czynności wątroby umożliwiająca leczenie: a) stężenie bilirubiny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy, b) aktywność transaminaz i zasadowej fosfatazy nieprzekraczająca 5-krotnie górnej granicy normy; 1.12. Nieobecność przeciwwskazań do stosowania afatynibu określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego; 1.13. Wykluczenie jednoczesnego stosowania chemioterapii oraz innych leków ukierunkowanych molekularnie; 1.14. Wykluczenie stosowania wcześniejszego leczenia farmakologicznego niedrobnokomórkowego raka płuca w stadium uogólnienia (obecność przerzutów) lub miejscowego zaawansowania; 1.15. Wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych leczonych z założeniem paliatywnym (niezależnie od uzyskanej odpowiedzi) oraz		i) Oznaczenie T3, T4 i TSH w przypadku stosowania inhibitorów PD1 lub PD-L1; j) Test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym; k) Elektrokardiografia (EKG); l) Badanie TK klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza; m) Inne badania obrazowe w zależności od sytuacji klinicznej. **2. Badania w celu monitorowania bezpieczeństwa leczenia** a) Morfologia krwi z rozmazem; b) Oznaczenia stężenia kreatyniny; c) Oznaczenie stężenia bilirubiny; d) Oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; e) Oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; f) Oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej; g) Oznaczenie T3, T4 i TSH w przypadku stosowania inhibitorów PD1 lub PD L1; h) EKG; i) Oznaczenie aktywności kinazy fosfokreatynowej w przypadku alektynibu albo brygatynibu. Wymienione badania powinny być wykonywane w odstępach 4 tygodniowych z wyjątkiem badań czynnościowych tarczycy, które powinny być wykonywane co 8 tygodni.

nieuzyskanie całkowitej odpowiedzi w przypadku nowotworów leczonych z założeniem radykalnym. Kryteria kwalifikowania muszą być spełnione łącznie. **2. Kryteria kwalifikowania chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca do leczenia pierwszej linii (chorzy wcześniej nie poddawani systemowemu leczeniu z powodu zaawansowanego nowotworu płuca) – ozymertynib (mutacja w genie EGFR) lub drugiej linii (chorzy z niepowodzeniem wcześniejszego leczenia afatynibem, erlotynibem lub gefitynibem stosowanego z powodu zaawansowanego nowotworu) - ozymertynib (mutacja T790M w genie EGFR)** 2.1. Rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne: a) raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego, lub b) raka niedrobnokomórkowego z przewagą raka gruczołowego lub wielkokomórkowego, lub c) raka niedrobnokomórkowego NOS; 2.2. W przypadku kwalifikacji do: a) pierwszej linii leczenia - obecność mutacji aktywującej w genie EGFR kodującym receptor naskórkowego czynnika wzrostu (ang. epidermal growth factor receptor - EGFR) potwierdzona z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat europejskiego programu kontroli jakości dla danego testu, b) drugiej linii leczenia - obecność mutacji T790M w genie EGFR potwierdzona z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat europejskiego programu kontroli jakości dla danego testu; 2.3. Zaawansowanie miejscowe (stopień III - z wyjątkiem sytuacji, w których możliwe jest zastosowanie radiochemioterapii, radioterapii lub chirurgicznego leczenia) lub uogólnienie (stopień IV);		W przypadku pembrolizumabu stosowanego w monoterapii: Punkty a-h co 6-12 tygodni.W przypadku durwalumabu: Punkty g-h co 12 tygodni. W przypadku leczenia skojarzonego pembrolizumabem z chemioterapia: • Punkty a-f przed każdym podaniem chemioterapii (w tym pemetreksedu w terapii podtrzymującej) • Punkty g-h w odstępach 6-12 tygodniowych W przypadku atezolizumabu wymienione badania powinny być wykonywane w odstępach 3-6 tygodniowych. W przypadku niwolumabu wymienione badania powinny być wykonywane w odstępach 4-8 tygodniowych W przypadku nintedanibu badania wykonywane są co 2 cykle leczenia - w trakcie leczenia skojarzonego oznacza to konieczność wykonania badania co 6 tyg., natomiast w trakcie monoterapii nintedanibem co 8 tyg. (ważność badania - 14 dni). W monitorowaniu bezpieczeństwa leczenia skojarzonego docetakselem i nintedanibem należy uwzględnić inne parametry laboratoryjne - zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego docetaksel. W przypadku alektynibu albo brygatynibu oznaczenie aktywności kinazy fosfokreatynowej powinno być wykonywane co 2 tygodnie w ciągu pierwszego miesiąca a następnie w razie wskazań klinicznych.

2.4. Progresja po zastosowaniu afatynibu, erlotynibu lub gefitynibu w pierwszej linii leczenia chorych na miejscowo zaawansowanego (bez możliwości zastosowania leczenia lokoregionalnego) lub uogólnionego niedrobnokomórkowego raka z mutacją aktywującą w genie EGFR – dotyczy stosowania ozymertynibu w drugiej linii leczenia; 2.5. Obecność zmian możliwych do zmierzenia w celu przeprowadzenia obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny systemu RECIST 1.1 lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych; 2.6. W przypadku obecności przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym - nieobecność istotnych klinicznie objawów neurologicznych albo potrzeby zwiększania dawki glikokortykosteroidów w ciągu ostatniego miesiąca przed włączeniem do programu; 2.7. Wiek powyżej 18. roku życia; 2.8. Sprawność w stopniu 0-2 wg klasyfikacji WHO lub ECOG; 2.9. Wykluczenie współwystępowania chorób o istotnym klinicznie znaczeniu (śródmiąższowa choroba płuc, wrodzony zespół wydłużonego odstępu QTc, wydłużenie odstępu QTc w połączeniu z którymkolwiek z następujących zaburzeń: torsade de pointes, polimorficzny częstoskurcz komorowy, objawy ciężkich zaburzeń rytmu serca); 2.10. Czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 2.11. Czynność nerek umożliwiająca leczenie (stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy); 2.12. Czynność wątroby umożliwiająca leczenie: a) stężenie bilirubiny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy, b) aktywność transaminaz i zasadowej fosfatazy nieprzekraczająca 5-krotnie górnej granicy normy; 2.13. Nieobecność przeciwwskazań do stosowania ozymertynibu określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego;		**3. Badania w celu monitorowania skuteczności leczenia** a) Badanie TK klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza; b) Inne badania obrazowe konieczne do oceny zmian według kryteriów RECIST 1.1. w zależności od sytuacji klinicznej. Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej do wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia. Badania wykonywane są co 3 miesiące. W przypadku nintedanibu badania wykonywane są co 2 cykle leczenia - w trakcie leczenia skojarzonego oznacza to konieczność wykonania badania co 6 tyg., natomiast w trakcie monoterapii nintedanibem co 8 tyg. (ważność badania - 14 dni). W przypadku pembrolizumabu stosowanego w monoterapii lub w skojarzeniu z chemioterapią wymienione badania wykonywane są co 9 -12 tygodni. W monitorowaniu bezpieczeństwa leczenia skojarzonego docetakselem i nintedanibem należy uwzględnić inne parametry laboratoryjne - zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego docetaksel. Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa leczenia pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy 10. pkt. 10.1., powinno być

2.14. Wykluczenie jednoczesnego stosowania chemioterapii oraz innych leków ukierunkowanych molekularnie; 2.15. Ustąpienie lub zmniejszenie do 1. stopnia niepożądanych działań związanych z wcześniejszym leczeniem (wyjątek: utrata włosów); 2.16. Wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych leczonych z założeniem paliatywnym (niezależnie od uzyskanej odpowiedzi) oraz nieuzyskanie całkowitej odpowiedzi w przypadku nowotworów leczonych z założeniem radykalnym Kryteria kwalifikowania muszą być spełnione łącznie. **3. Kryteria kwalifikowania chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca do leczenia pacjentów z rearanżacją w genie ALK przy wykorzystaniu substancji czynnej:** **a) kryzotynib (rearanżacja genów ALK lub ROS1) w pierwszej linii leczenia (chorzy wcześniej nie poddawani systemowemu leczeniu z powodu zaawansowanego nowotworu) oraz w drugiej lub trzeciej linii leczenia (chorzy z niepowodzeniem wcześniejszej chemioterapii wielolekowej z udziałem pochodnych platyny lub monoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu lub chemioterapii jednolekowej stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu),** **b) alektynib (rearanżacja genów ALK) albo cerytynib (rearanżacja genów ALK) w pierwszej linii leczenia (chorzy wcześniej nie poddawani systemowemu leczeniu z powodu zaawansowanego nowotworu) oraz w leczeniu pacjentów z zaawansowanym ALK-dodatnim niedrobnokomórkowym rakiem płuca po niepowodzeniu terapii innym inhibitorem ALK.** **c) brygatynib (rearanżacja genów ALK) w leczeniu pacjentów z zaawansowanym ALK-dodatnim niedrobnokomórkowym rakiem płuca po niepowodzeniu terapii innym inhibitorem ALK.** 3.1. Rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne gruczolakoraka płuca lub niedrobnokomórkowego raka płuca z przewagą utkania gruczolakoraka (w		prowadzone jednakowo jak w przypadku pozostałych pacjentów. **4. Monitorowanie programu** a) Gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ); b) Uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (system monitorowania programów terapeutycznych - SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez Oddział Wojewódzki NFZ z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; c) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ); d) W przypadku pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy 10. pkt. 10.1, nie jest wymagane uzupełnianie danych i informacji w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych.

przypadku alektynibu dodatkowo dopuszcza się rozpoznanie raka wielkokomórkowego lub niedrobnokomórkowego raka płuca bez ustalonego typu histologicznego NOS); 3.2. Obecność rearanżacji w genie ALK na podstawie badania immunohistochemicznego (IHC) lub fluoroscencyjnej hybrydyzacji in situ (ang. fluorescencje in situ hybridisation - FISH) lub sekwencjonowania nowej generacji (ang. new-generation sequencing - NGS) z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat europejskiego programu kontroli jakości dla danego testu lub obecność rearanżacji w genie ROS-1 na podstawie badania metodą fluoroscencyjnej hybrydyzacji in situ (FISH) lub sekwencjonowania nowej generacji (ang. new-generation sequencing - NGS) z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat europejskiego programu kontroli jakości dla danego testu; 3.3. Zaawansowanie miejscowe (stopień III - z wyjątkiem przypadków, w których możliwe jest zastosowanie radiochemioterapii, radioterapii lub chirurgicznego leczenia) lub uogólnienie (stopień IV) lub progresja po zastosowaniu chemioterapii lub/i jednego z leków anty-ALK u chorych na niedrobnokomórkowego raka w stadium miejscowego zaawansowania lub uogólnienia; 3.4. Obecność zmian możliwych do zmierzenia w celu przeprowadzenia obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny systemu RECIST 1.1 lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych; 3.5. Nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (leczenie chirurgiczne lub radioterapia) oraz nieobecność istotnych klinicznie objawów neurologicznych i potrzeby zwiększania dawki glikokortykosteroidów w ciągu ostatniego miesiąca przed włączeniem do programu (w przypadku alektynibu, cerytynibu albo brygatynibu nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po		

wcześniejszym leczeniu miejscowym (leczenie chirurgiczne lub radioterapia) oraz nieobecność istotnych klinicznie objawów neurologicznych i potrzeby zwiększania dawki glikokortykosteroidów w ciągu ostatniego miesiąca przed włączeniem do programu); 3.6. Ustąpienie lub zmniejszenie do 1. stopnia niepożądanych działań związanych z wcześniejszym leczeniem (wyjątek: utrata włosów); 3.7. Wiek powyżej 18 roku życia; 3.8. Sprawność w stopniu 0-2 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG; 3.9. Wykluczenie współwystępowania chorób o istotnym klinicznie znaczeniu (niekontrolowane nadciśnienie tętnicze, niestabilna choroba wieńcowa, zawał mięśnia sercowego w ciągu ostatniego roku, komorowe zaburzenia rytmu wymagające leczenia); 3.10. Czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 3.11. Czynność nerek umożliwiająca leczenie (stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy); 3.12. Czynność wątroby umożliwiająca leczenie: a) stężenie bilirubiny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy, b) aktywność transaminaz i zasadowej fosfatazy nieprzekraczająca 5-krotnie górnej granicy normy; 3.13. Nieobecność przeciwwskazań do stosowania kryzotynibu lub alektynibu lub cerytynibu lub brygatynibu określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego; 3.14. Wykluczenie jednoczesnego stosowania chemioterapii oraz innych leków ukierunkowanych molekularnie. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **4. Kryteria kwalifikowania chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca do leczenia pierwszej linii (chorzy wcześniej nie poddawani systemowemu**		

leczeniu z powodu zaawansowanego nowotworu) przy wykorzystaniu substancji czynnej pembrolizumab: **a) Rak płaskonabłonkowy i niepłaskonabłonkowy oraz ekspresja PD-L1 ≥50% – pembrolizumab w monoterapii** **b) Rak niepłaskonabłonkowy oraz ekspresja PD-L1 < 50% – pembrolizumab w skojarzeniu z pemetreksedem i pochodną platyny** **c) Rak płaskonabłonkowy oraz ekspresja PD-L1 < 50% – pembrolizumab w skojarzeniu z paklitakselem i karboplatyną** 4.1. Rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne niedrobnokomórkowego raka płuca (rak płaskonabłonkowy lub niepłaskonabłonkowy); 4.2. Niestosowanie wcześniejszego farmakologicznego leczenia systemowego niedrobnokomórkowego raka płuca w stadium uogólnienia (obecność przerzutów); za leczenie systemowe nie uznaje się leczenia uzupełniającego pooperacyjnego oraz chemioterapii stosowanej podczas skojarzonej radiochemioterapii w stadium miejscowego zaawansowania; 4.3. Ocena ekspresji PD-L1 na komórkach nowotworowych z wykorzystaniem metody wskazanej w Charakterystyce Produktu Leczniczego pembrolizumabu lub przy użyciu koncentratu przeciwciała DAKO 22C3 lub przeciwciała Ventana SP263 w zakresie następujących kryteriów: a) odsetek komórek nowotworowych z ekspresją PD-L1 50% lub większy - kryterium kwalifikacji do stosowania pembrolizumabu w monoterapii b) odsetek komórek nowotworowych z ekspresją PD-L1 poniżej 50% - kryterium kwalifikacji do stosowania pembrolizumabu w skojarzeniu: i. w raku niepłaskonabłonkowym – w schemacie: pembrolizumab w skojarzeniu z pemetreksedem i pochodną platyny (karboplatyną albo cisplatyną) w leczeniu indukcyjnym (4 podania co 3 tygodnie), a następnie pembrolizumab z pemetreksedem w leczeniu podtrzymującym; ii. w raku płaskonabłonkowym - w schemacie: pembrolizumab w skojarzeniu z paklitakselem i karboplatyną w leczeniu indukcyjnym (4 podania co 3 tygodnie) a następnie pembrolizumab w leczeniu podtrzymującym;		

4.4. Wykluczenie mutacji w genie EGFR oraz rearanżacji genów ALK i ROS1 w przypadku raka gruczołowego, wielkokomórkowego lub niedrobnokomórkowego raka płuca NOS z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat europejskiego programu kontroli jakości dla danego testu; 4.5. Zaawansowanie kliniczne w stopniu IV; 4.6. Obecność zmian możliwych do oceny w celu przeprowadzenia obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny systemu RECIST 1.1; 4.7. Nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (leczenie chirurgiczne lub radioterapia) oraz nieobecność istotnych klinicznie objawów neurologicznych i potrzeby zwiększania dawki glikokortykosteroidów w ciągu ostatniego miesiąca przed włączeniem do programu; 4.8. Wiek powyżej 18. roku życia; 4.9. Sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG; 4.10. Wykluczenie współwystępowania chorób o istotnym klinicznie znaczeniu bez możliwości kontroli za pomocą właściwego leczenia; 4.11. Nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy w trakcie suplementacji hormonalnej, łuszczycy i bielactwa; 4.12. Czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego pembrolizumabu, pemetreksedu, paklitakselu i pochodnych platyny; 4.13. Czynność nerek umożliwiająca leczenie: a) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy dla monoterapii pembrolizumabem; b) klirens kreatyniny powyżej lub równy 45 ml/min - dla leczenia skojarzonego pembrolizumabem z chemioterapią zawierająca karboplatynę;		

c) klirens kreatyniny powyżej lub równy 60 ml/min - dla leczenia skojarzonego pembrolizumabem z chemioterapią zawierająca cisplatynę i pemetreksed; 4.14. Czynność wątroby umożliwiająca leczenie: a) stężenie bilirubiny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy, b) aktywność transaminaz i zasadowej fosfatazy nieprzekraczająca 5-krotnie górnej granicy normy; 4.15. Nieobecność przeciwwskazań do stosowania pembrolizumabu, pemetreksedu, paklitakselu, pochodnych platyny określonych w odpowiednich Charakterystykach Produktu Leczniczego; 4.16. Wykluczenie jednoczesnego stosowania leków ukierunkowanych molekularnie; 4.17. Wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych leczonych z założeniem paliatywnym (niezależnie od uzyskanej odpowiedzi) oraz nieuzyskanie całkowitej odpowiedzi w przypadku nowotworów leczonych z założeniem radykalnym; Kryteria kwalifikowania muszą być spełnione łącznie. **5. Kryteria kwalifikowania chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca do leczenia drugiej linii (chorzy z niepowodzeniem wcześniejszej chemioterapii wielolekowej z udziałem pochodnych platyny lub monoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu) z zastosowaniem niwolumabu w raku płaskonabłonkowym lub niepłaskonabłonkowym (niezależnie od stopnia ekspresji PDL1) oraz atezolizumabu w raku płaskonabłonkowym lub niepłaskonabłonkowym (niezależnie od stopnia ekspresji PDL1)** 5.1. Rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne niedrobnokomórkowego raka płuca o typie płaskonabłonkowym lub niepłaskonabłonkowym; 5.2. Wykluczenie mutacji w genie EGFR oraz rearanżacji genu ALK w przypadku raka gruczołowego, wielkokomórkowego lub niedrobno komórkowego raka płuca NOS z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat europejskiego programu kontroli jakości dla danego testu;		

5.3. Zaawansowanie miejscowe (stopień III - z wyjątkiem przypadków, w których możliwe jest zastosowanie radiochemioterapii, radioterapii lub chirurgicznego leczenia) lub uogólnienie (stopień IV); 5.4. Obecność zmian możliwych do zmierzenia w celu przeprowadzenia obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny systemu RECIST 1.1 lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych; 5.5. Nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (leczenie chirurgiczne lub radioterapia) oraz nieobecność istotnych klinicznie objawów neurologicznych i potrzeby zwiększania dawki glikokortykosteroidów w ciągu ostatniego miesiąca przed włączeniem do programu; 5.6. Wiek powyżej 18. roku życia; 5.7. Sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG; 5.8. Wykluczenie współwystępowania chorób o istotnym klinicznie znaczeniu bez możliwości kontroli za pomocą właściwego leczenia; 5.9. Nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy w trakcie wyłącznej suplementacji hormonalnej, łuszczycy i bielactwa; 5.10. Czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 5.11. Czynność nerek umożliwiająca leczenie (stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy); 5.12. Czynność wątroby umożliwiająca leczenie: a) stężenie bilirubiny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy, b) aktywność transaminaz i zasadowej fosfatazy nieprzekraczająca 5-krotnie górnej granicy normy; 5.13. Nieobecność przeciwwskazań do stosowania niwolumabu lub atezolizumabu określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego;		

5.14. Wykluczenie jednoczesnego stosowania chemioterapii oraz leków ukierunkowanych molekularnie; 5.15. Ustąpienie lub zmniejszenie do 1. stopnia niepożądanych działań związanych z wcześniejszym leczeniem (wyjątek: utrata włosów); 5.16. Wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych leczonych z założeniem paliatywnym (niezależnie od uzyskanej odpowiedzi) oraz nieuzyskanie całkowitej odpowiedzi w przypadku nowotworów leczonych z założeniem radykalnym. Kryteria kwalifikowania muszą być spełnione łącznie. **6. Kryteria kwalifikowania chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca do leczenia drugiej linii (chorzy z niepowodzeniem wcześniejszej chemioterapii wielolekowej z udziałem pochodnych platyny lub monoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu) z zastosowaniem nintedanibu** 6.1. Rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne raka gruczołowego lub niedrobnokomórkowego raka płuca z przewagą gruczolakoraka; 6.2. Zaawansowanie miejscowe (stopień III - z wyjątkiem przypadków, w których możliwe jest zastosowanie radiochemioterapii, radioterapii lub chirurgicznego leczenia) lub uogólnienie (stopień IV); 6.3. Obecność zmian możliwych do zmierzenia w celu przeprowadzenia obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny systemu RECIST 1.1 lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych; 6.4. Nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (leczenie chirurgiczne lub radioterapia) oraz nieobecność istotnych klinicznie objawów neurologicznych i potrzeby zwiększania dawki glikokortykosteroidów w ciągu ostatniego miesiąca przed włączeniem do programu; 6.5. Wiek powyżej 18. roku życia;		

6.6. Sprawność w stopniu 0-2 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG; 6.7. Wykluczenie współwystępowania chorób o istotnym klinicznie znaczeniu bez możliwości kontroli za pomocą właściwego leczenia; leczenia (ze szczególnym uwzględnieniem nadciśnienia tętniczego); 6.8. Wykluczenie współwystępowania w przeszłości choroby zakrzepowo-zatorowej; 6.9. Czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 6.10. Czynność nerek umożliwiająca leczenie (stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy); 6.11. Czynność wątroby umożliwiająca leczenie: a) stężenie bilirubiny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy, b) aktywność transaminaz i zasadowej fosfatazy nieprzekraczająca 5-krotnie górnej granicy normy; 6.12. Nieobecność przeciwwskazań do stosowania nintedanibu; 6.13. Wykluczenie wcześniejszego stosowania docetakselu oraz leków antyangiogennych; 6.14. Ustąpienie lub zmniejszenie do 1. stopnia niepożądanych działań związanych z wcześniejszym leczeniem (wyjątek - utrata włosów); 6.15. Wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych leczonych z założeniem paliatywnym (niezależnie od uzyskanej odpowiedzi) oraz nieuzyskanie całkowitej odpowiedzi w przypadku nowotworów leczonych z założeniem radykalnym. Kryteria kwalifikowania muszą być spełnione łącznie. **7. Kryteria kwalifikowania chorych na miejscowo zaawansowanego, nieoperacyjnego niedrobnokomórkowego raka płuca do leczenia konsolidującego durwalumabem**		

7.1. Rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne niedrobnokomórkowego raka płuca; 7.2. Zaawansowanie kliniczne w stopniu III, chorzy poddani radykalnej jednoczasowej radiochemioterapii z zastosowaniem pochodnych platyny; 7.3. Chorzy, u których nie nastąpiła progresja choroby po radiochemioterapii – stan potwierdzony w badaniu TK klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza wykonanym w okresie do 6 tygodni po zakończeniu napromieniania; 7.4. Ustąpienie lub zmniejszenie do 1. stopnia niepożądanych działań związanych z wcześniejszym leczeniem (wyjątek – utrata włosów); 7.5. Stan sprawności 0 lub 1 wg WHO lub ECOG; 7.6. Wiek powyżej 18 roku życia; 7.7. Wykluczenie współwystępowania chorób o istotnym klinicznie znaczeniu bez możliwości kontroli za pomocą właściwego leczenia; 7.8. Nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1., niedoczynności tarczycy w trakcie suplementacji hormonalnej, łuszczycy i bielactwa; 7.9. Czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 7.10. Czynność nerek umożliwiająca leczenie (stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy); 7.11. Czynność wątroby umożliwiająca leczenie: a) stężenie bilirubiny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy; b) aktywność transaminaz i zasadowej fosfatazy nieprzekraczająca 2,5-krotnie górnej granicy normy; 7.12. Nieobecność przeciwwskazań do stosowania durwalumabu określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego; 7.13. Wykluczenie jednoczesnego stosowania chemioterapii oraz leków ukierunkowanych molekularnie; 7.14. Wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych leczonych z założeniem paliatywnym (niezależnie od uzyskanej odpowiedzi) oraz		

nieuzyskanie całkowitej odpowiedzi w przypadku nowotworów leczonych z założeniem radykalnym); Kryteria kwalifikowania muszą być spełnione łącznie. **8. Określenie czasu leczenia w programie** **8.1. Inhibitory tyrozynowej kinazy EGFR (afatynib, ozymertynib) lub ALK/ROS1 (kryzotynib, alektynib, cerytynib, brygatynib) lub inhibitor angiogenezy (nintedanib)** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z zasadami terapii określonymi w punktach 8.1.1., 8.1.2., 8.1.3. oraz z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w punkcie 9. 8.1.1. Stosowanie leków anty-EGFR (w ramach pierwszej lub drugiej linii leczenia) lub anty-ROS1 lub anty-ALK (w ramach pierwszej, drugiej lub trzeciej linii leczenia) lub inhibitorów angiogenezy jest prowadzone do stwierdzenia progresji choroby lub wystąpienia poważnych działań niepożądanych; 8.1.2. W czasie leczenia konieczne jest wykonywanie badań obrazowych (dodatkowe badania obrazowe wykonuje się w zależności od sytuacji klinicznej): a) przed leczeniem - nie wcześniej niż 28 dni przed zastosowaniem pierwszej dawki leku; b) w czasie leczenia - co 3 miesiące (ważność badania - 14 dni) lub w przypadku stosowania nintedanibu badania wykonywane są co 2 cykle leczenia - w trakcie leczenia skojarzonego oznacza to konieczność wykonania badania co 6 tyg., natomiast w trakcie monoterapii nintedanibem co 8 tyg. (ważność badania - 14 dni); 8.1.3. Badania obrazowe obejmują ocenę według kryteriów RECIST 1.1.: a) zmiany pierwotnej - badanie tomografii komputerowej (TK) klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza (jeżeli pierwotny guz płuca nie istnieje w przypadku stanu po resekcji miąższu płuca lub rozpoznania nowotworu płuca bez ustalenia ogniska pierwotnego, to konieczne jest wykazanie w		

badaniach obrazowych przerzutowych zmian mierzalnych lub policzalnych zmian niemierzalnych); b) zmian przerzutowych - badanie TK lub inne badania obrazowe (np. ultrasonografia - USG, magnetyczny rezonans - MR, scyntygrafia kości i inne), przy czym badania obrazowe podczas leczenia powinny obejmować ocenę zmian stwierdzonych przed rozpoczęciem leczenia. W przypadku pojawienia się przynajmniej jednej – nowej – zmiany w obrębie OUN u chorych leczonych ozymertynibem, dopuszcza się kontynuowanie leczenia ozymertynibem w skojarzeniu z radioterapią. Wówczas – w okresie 3 dni przed oraz podczas radioterapii OUN – zaleca się przerwanie leczenia ozymertynibem); **8.2. Inhibitory PD1 (pembrolizumab, niwolumab) lub PDL1 (atezolizumab)** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z zasadami terapii określonymi w punktach 8.2.1., 8.2.2., 8.2.3 oraz z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w punkcie 9. 8.2.1. Stosowanie pembrolizumabu w monoterapii lub pembrolizumabu w skojarzeniu z pemetreksedem i pochodnymi platyny lub pembrolizumabu w skojarzeniu z paklitakselem i karboplatyną (I linia leczenia), niwolumabu (II linia leczenia) lub atezolizumabu (II linia leczenia) jest prowadzone do stwierdzenia progresji choroby lub wystąpienia poważnych działań niepożądanych. Podczas stosowania w/w leków możliwe jest okresowe przerwanie leczenia w przypadkach wystąpienia: a) zapalenia płuc w stopniu 2. lub większym; b) biegunki lub objawów zapalenia jelita grubego w stopniu 2. lub większym; c) aktywności transaminaz większej niż 3-krotna i mniejszej niż 5-krotna wartość górnej granicy normy lub stężenia bilirubiny całkowitej większej niż 1,5-krotna i mniejszej niż 3-krotna wartość górnej granicy normy; d) stężenia kreatyniny większego niż 1,5-krotna i mniejszego niż 6-krotna wartość górnej granicy normy lub zwiększenia powyżej 1,5-krotności wartości stwierdzonej przed leczeniem;		

e) innych niepożądanych działań w stopniu 3. lub większym; 8.2.2. W czasie leczenia konieczne jest wykonywanie badań obrazowych (dodatkowe badania obrazowe wykonuje się w zależności od sytuacji klinicznej): a) przed leczeniem - nie wcześniej niż 28 dni przed zastosowaniem pierwszej dawki leku; b) w czasie leczenia - co 3 miesiące (ważność badania - 14 dni); 8.2.3. Badania obrazowe obejmują ocenę według kryteriów RECIST 1.1.: a) zmiany pierwotnej - badanie tomografii komputerowej (TK) klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza (jeżeli pierwotny guz płuca nie istnieje w przypadku stanu po resekcji miąższu płuca lub rozpoznania nowotworu płuca bez ustalenia ogniska pierwotnego, to konieczne jest wykazanie w badaniach obrazowych przerzutowych zmian mierzalnych lub policzalnych zmian niemierzalnych); b) zmian przerzutowych - badanie TK lub inne badania obrazowe (np. ultrasonografia - USG, magnetyczny rezonans - MR, scyntygrafia kości i inne), przy czym badania obrazowe podczas leczenia powinny obejmować ocenę zmian stwierdzonych przed rozpoczęciem leczenia. **8.3. Inhibitor PDL1 (durwalumab)** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z zasadami określonymi w punktach 8.3.1., 8.3.2 i 8.3.3 oraz kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w punkcie 9. 8.3.1. Stosowanie durwalumabu jest prowadzone do stwierdzenia progresji choroby lub wystąpienia nieakceptowalnej toksyczności lub maksymalnie przez 12 miesięcy. Podczas stosowania durwalumabu możliwe jest okresowe przerwanie leczenia zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego w przypadkach wystąpienia działań niepożądanych wymienionych w sekcji 4.2 Charakterystyki Produktu Leczniczego. 8.3.2. W czasie leczenia konieczne jest wykonywanie badań obrazowych (dodatkowe badania obrazowe wykonuje się w zależności od sytuacji klinicznej):		

a) przed leczeniem – w okresie do 6 tygodni od zakończenia radiochemioterapii; b) w czasie leczenia – co 3 miesiące (ważność badania – 14 dni). 8.3.3. Badania obrazowe obejmują ocenę według kryteriów RECIST 1.1.: a) zmiany pierwotnej – badanie tomografii komputerowej (TK) klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza. **9. Kryteria wyłączenia z programu** 9.1. Wystąpienie progresji choroby potwierdzonej w badaniu przedmiotowym lub/i obrazowym ocenionej według kryteriów skali RECIST 1.1. (wyjątek stanowi pojawienie się co najmniej jednej nowej zmiany w obrębie OUN kiedy to dopuszcza się kontynuowanie leczenia ozymertynibem w skojarzeniu z radioterapią – punkt numer 8.1.3 pkt b): a) powiększenie się istniejących zmian o przynajmniej 20%, lub b) wyraźne powiększenia się istniejących zmian niemierzalnych, lub c) pojawienie się przynajmniej jednej nowej zmiany z wyjątkiem chorych z progresją w obrębie OUN leczonych kryzotynibem albo alektynibem albo cerytynibem albo brygatynibem, u których dopuszcza się kontynuowanie leczenia w skojarzeniu z radioterapią OUN (wówczas w okresie 3 dni przed oraz podczas radioterapii OUN konieczność przerwania leczenia kryzotynibem lub alektynibem lub cerytynibem lub brygatynibem); 9.2. Pogorszenie (istotne klinicznie) stanu chorego w związku z nowotworem bez progresji potwierdzonej w badaniu przedmiotowym lub obrazowym; 9.3. Wystąpienie klinicznie istotnej toksyczności leczenia lub wystąpienie przynajmniej jednego działania niepożądanego będącego zagrożeniem życia według kryteriów klasyfikacji CTC-AE w wersji 4.03. (ang. common terminology criteria for adverse events - version 4.03.); 9.4. Wystąpienie nawracającej lub nieakceptowalnej toksyczności leczenia w stopniu 3. lub 4. według kryteriów klasyfikacji CTC-AE w wersji 4.03. (wznowienie leczenia możliwe po ustąpieniu objawów toksyczności lub zmniejszeniu		

nasilenia do stopnia 1. lub 2. według kryteriów klasyfikacji CTC-AE w wersji 4.03.); 9.5. Wystąpienie nadwrażliwości na lek lub na substancję pomocniczą; 9.6. Wystąpienie autoimmunologicznego zapalenia narządowego o nasileniu w stopniach wyższych niż wymienione w punkcie 8.2.1. podczas stosowania inhibitorów PD1 lub PDL1; 9.7. Obniżenie sprawności do stopnia 3-4 według kryteriów WHO lub ECOG; 9.8. Przerwanie stosowania inhibitorów EGFR i ALK oraz ROS1 dłuższe niż 3 tygodnie wskutek wystąpienia niepożądanych działań leczenia; 9.9. Pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 9.10. Wycofanie zgody na udział w programie (rezygnacja chorego); 9.11. Po upływie 12 miesięcznego okresu leczenia (maksymalnie 26 podań leku) - dotyczy stosowania durwalumabu. **10. Kontynuacja leczenia pacjentów po zakończeniu finansowania w ramach chemioterapii niestandardowej** 10.1. Z dniem 1 kwietnia 2018 roku do programu kwalifikowani mogą być pacjenci, których leczenie było finansowane do tego dnia w ramach programu chemioterapii niestandardowej. 10.2. Kwalifikacja, o której mowa w pkt. 10.1, dotyczy leczenia tą samą substancją czynną, która była finansowana w ramach programu chemioterapii niestandardowej. 10.3. Pacjenci, o których mowa w pkt. 10.1 nie muszą spełniać w chwili kwalifikacji, innych kryteriów wymaganych do włączenia do programu. 10.4. Pacjenci, o których mowa w pkt. 10.1 kontynuują leczenie w ramach programu do momentu podjęcia decyzji przez lekarza prowadzącego o zakończeniu leczenia danym lekiem.		

11. Kryteria włączenia do programu pacjentów leczonych w ramach innego sposobu finansowania terapii 11.1. Do programu włącza się pacjentów uprzednio leczonych afatynibem, ozymertynibem, kryzotynibem, alektynibem, brygatynibem, pembrolizumabem, niwolumabem, atezolizumabem, nintedanibem lub durwalumabem w ramach innego sposobu finansowania terapii w celu zapewnienia kontynuacji terapii, o ile na dzień rozpoczęcia terapii spełnili stosowne kryteria włączenia oraz nie spełniają przeciwskazań do leczenia oraz kryteriów wyłączenia wskazanych w punkcie 9., a łączny czas leczenia od rozpoczęcia terapii jest nie dłuższy niż wskazano w punkcie 8. 11.2. Do programu włącza się pacjentów leczonych przed 1.01.2021 r. ozymertynibem lub pembrolizumabem, lub durwalumabem w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowych (RDTL), o ile nie zachodzą przeciwwskazania do kontynuowania terapii.		

Załącznik B.8.

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

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

12) klirens kreatyniny większy lub równy 30 ml/min w przypadku monoterapii;
13) stężenie kreatyniny w surowicy mniejsze lub równe 1,5 mg/dl (132,6 µmol/l) lub klirens kreatyniny większy lub równy 60 ml/min w przypadku terapii skojarzonej;
14) poziom kinazy kreatynowej mniejszy lub równy 2,5-krotności górnej granicy normy;
15) stężenie hemoglobiny większe lub równe 9 g/dl;
16) udokumentowana progresja choroby podczas przynajmniej jednej linii chemioterapii z udziałem doksorubicyny lub ifosfamidu zastosowanej z powodu zaawansowanego miejscowo (nieresekcyjnego) lub przerzutowego mięsaka o typie histologicznym tłuszczakomięsaka (liposarcoma) lub mięsaka gładkokomórkowego (leiomyosarcoma);
17) zastosowanie nie więcej niż 3 linii wcześniejszej chemioterapii.
Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

1.2. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu:
1) nadwrażliwość na trabektedynę lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;
2) współistniejące poważne lub niekontrolowane zakażenie;
3) wystąpienie poważnej, nawracającej i trudno odwracalnej toksyczności (stopień 3-4) podczas wcześniejszej chemioterapii;
4) ciąża lub karmienie piersią;
5) jednoczesne podanie szczepionki przeciwko żółtej febrze.

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 z programu, o których mowa w ust. 1.4.

1.4. Kryteria wyłączenia z programu:
1) progresja choroby - oceniania zgodnie z kryteriami RECIST;
2) działania niepożądane powyżej 2 stopnia według WHO 5-nukleotydazy lub GGT);
5) poziom albuminy większy lub równy 25 g/l;
6) aktywność aminotransferazy alaninowej (AIAT) i aminotransferazy asparaginianowej (AspAT) mniejsza lub równa 2,5-krotności górnej granicy normy;
7) klirens kreatyniny większy lub równy 30 ml/min w przypadku monoterapii;
8) stężenie kreatyniny w surowicy mniejsze lub równe 1,5 mg/dl (132,6 µmol/l) lub klirens kreatyniny większy lub równy 60 ml/min w przypadku terapii skojarzonej;
9) poziom kinazy kreatynowej mniejszy lub równy 2,5-krotności górnej granicy normy;
10) stężenie hemoglobiny większe lub równe 9 g/dl.
1.6 W przypadku niespełnienia kryteriów określonych w ust. 1.5 należy opóźnić podanie trabektedyny aż do osiągnięcia przez parametry biochemiczne wymaganych wartości.
1.7 Opóźnienie podania drugiej i kolejnych dawek leku nie może wynosić więcej niż 3 tygodnie. Brak spełniania w tym okresie kryteriów określonych w ust. 1.5 nakazuje zakończenie udziału w programie.

2. Dawkowanie pazopanibu

1) Zalecana dawka pazopanibu wynosi 800 mg raz na dobę.
2) W zależności od indywidualnej tolerancji leczenia w celu opanowania działań

a) morfologia krwi z rozmazem,
b) oznaczenie stężenia hemoglobiny,
c) oznaczenia stężenia kreatyniny w surowicy lub klirens kreatyniny,
d) oznaczenie stężenia bilirubiny,
e) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej,
f) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej,
g) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej (w tym 5-nukleotydazy lub GGT, w przypadku gdy podwyższenie aktywności fosfatazy zasadowej może być pochodzenia kostnego),
h) oznaczenie poziomu albumin w surowicy,
i) oznaczenie poziomu kinazy kreatynowej.

Badania należy wykonywać raz w tygodniu podczas dwóch pierwszych cykli leczenia oraz co najmniej raz między zastosowaniem leku w kolejnych cyklach leczenia.
2) badania obrazowe
Badanie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego odpowiednich okolic ciała - wykonywane co 7-9 tygodni oraz nie rzadziej niż co 3 cykle terapii.
Odpowiedź na leczenie należy oceniać zgodnie z kryteriami RECIST.

2. Leczenie mięsaków tkanek miękkich pazopanibem

2.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia:
1) histologiczne potwierdzenie określonego typu mięsaka zgodnie z kryteriami włączenia;
2) morfologia krwi z rozmazem;
3) oznaczenie poziomu kreatyniny w surowicy lub klirensu kreatyniny;
4) oznaczenie stężenia bilirubiny;

(z wyłączeniem przejściowych objawów typowych dla leczenia trabektedyną);
3) niespełnienie kryteriów wymaganych przy podaniu kolejnej dawki leku;
4) rezygnacja pacjenta.

2. Leczenie mięsaków tkanek miękkich pazopanibem

2.1. Kryteria kwalifikacji:

1) rozpoznanie histopatologiczne zaawansowanego (nieresekcyjnego lub przerzutowego) jednego z niżej wymienionych mięsaków tkanek miękkich:
   a) fibroblastycznego (włókniakomięsak dorosłych- ang. adult fibrosarcoma, śluzakowłókniakomięsak- ang.myxofibrosarcoma, stwardniały nabłonkowaty włókniakomięsak- ang.sclerosing epithelioid fibrosarcoma, guz włóknisty-ang.malignant solitary fibrous tumour),
   b) fibrohistiocytarnego (pleomorficzny mięsak histiocytarny włóknisty-ang.pleomorphic malignant fibrous histiocytoma-MFH, giant cell MFH, inflammatory MFH),
   c) mięśniakomięsaka gładkokomórkowego-ang. leiomyosarcoma,
   d) złośliwego guza kłębka-ang. malignant glomus tumour,
   e) mięśniakomięsaka prążkowanokomórkowego pleomorficznego lub pęcherzykowego-ang. rhabdomyosarcoma pleomorphicum, rhabdomyosarcoma alveolare,
   f) guza naczyniowego (nabłonkowaty śródbłoniak krwionośny-ang.epithelioid hemangioendothelioma, mięsaki naczyń krwionośnych-ang.angiosarcoma),
   g) guza o niepewnej histogenezie (mięsaki maziówkowe-ang.synovial sarcoma, mięsaki epitelioidalne-ang.epithelioid sarcoma, mięsaki pęcherzykowate-alveolar soft part sarcoma, mięsaki jasnokomórkowe-ang.clear cell sarcoma,

niepożądanych dawkę należy dostosowywać, zmieniając ją stopniowo za każdym razem o 200 mg.
3) Dawka pazopanibu nie powinna być większa niż 800 mg.

3. Dawkowanie sunitynibu

1) Zalecana dawka sunitynibu wynosi 37,5 mg raz na dobę.
2) W zależności od indywidualnej tolerancji leczenia w celu opanowania działań niepożądanych dawkę należy dostosowywać, zmieniając ją stopniowo za każdym razem o 12,5 mg.

5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej i asparaginianowej;
6) badania obrazowe do potwierdzenia progresji choroby wg RECIST;
7) badanie elektrokardiograficzne;
8) badanie echokardiograficzne;
9) oznaczenie poziomu TSH;
10) badanie tomografii komputerowej (ewentualnie rezonansu magnetycznego) klatki piersiowej i innej lokalizacji, pozwalające na ocenę lokalizacji, w której stwierdza się zmiany nowotworowe konieczne dla monitorowania leczenia;
11) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym.

2.2. Monitorowanie leczenia:

1) badania biochemiczne:
   a) morfologia krwi z rozmazem,
   b) oznaczenia poziomu kreatyniny w surowicy lub klirensu kreatyniny,
   c) oznaczenie stężenia bilirubiny,
   d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej i asparaginianowej.

Badania wymienione w pkt 1 lit. a i b należy wykonywać co 4-6 tygodni lub częściej w przypadkach uzasadnionych klinicznie. Badania wymienione w pkt 1 lit. c i d należy wykonywać w 3., 5., 7. i 9. tygodniu, a następnie w 3. i 4. miesiącu leczenia oraz w przypadkach uzasadnionych klinicznie. Należy kontynuować okresową kontrolę również po 4. miesiącu leczenia.

2) inne badania:
   a) systematyczna kontrola ciśnienia tętniczego.

Badania należy przeprowadzać podczas każdej wizyty świadczeniobiorcy – nie rzadziej niż raz na 4-6 tygodni.

3) badania obrazowe

Badania obrazowe (tomografia komputerowa, ewentualnie

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

1) rozpoznanie histopatologiczne mięsaka tkanek miękkich: a) chrzęstniakomięsaka, b) mięsaka Ewinga / prymitywnych guzów neuroektodermalnych, c) tłuszczakomięsaka, d) wszystkich mięśniakomięsaków prążkowanokomórkowych innych niż pleomorficzne i pęcherzykowe, e) mięsaka kościopochodnego, f) nowotworu podścieliskowego przewodu pokarmowego, g) włókniakomięsaka guzowatego skóry, h) zapalnego guza miofibroblastycznego, i) złośliwego międzybłoniaka, j) mieszanego guza mezodermalnego trzonu macicy, k) innych typów niewymienionych jako spełniające kryteria włączenia; 2) wcześniejsze leczenie inhibitorami angiogenezy; 3) niewłaściwa kontrola nadciśnienia tętniczego (wartości powyżej 150/ 90 mmHg); 4) przebyte w ciągu ostatnich 6 miesięcy choroby, zabiegi lub stany kliniczne: a) angioplastyka naczyń wieńcowych, b) stentowanie naczyń wieńcowych, c) zawał mięśnia sercowego, d) niestabilna dusznica bolesna, e) pomostowanie naczyń wieńcowych, f) objawowe choroby naczyń obwodowych (stopień III lub IV wg NYHA), g) epizod naczyniowo- mózgowy, h) zatorowość płucna, i) nieleczona zakrzepica żył głębokich, j) niekontrolowane leczenie lub profilaktyka wtórna epizodów zakrzepowo-zatorowych, k) klinicznie istotne krwawienia,		e) badanie ogólne moczu; 2) inne badania: a) systematyczna kontrola ciśnienia tętniczego. Badania kontrolne wymienione w punktach 1 i 2 należy przeprowadzać podczas każdej wizyty świadczeniobiorcy – nie rzadziej niż raz na 8-12 tygodni. 3) badania obrazowe Badania obrazowe (tomografia komputerowa, ewentualnie rezonans magnetyczny) w celu oceny kontroli choroby (wg kryteriów RECIST) należy wykonywać nie rzadziej niż co 3 miesiące. **4. Monitorowanie programu** 1) przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze SMPT, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia. Dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom NFZ.

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

b) bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych większa lub równa 1000/mm^3; c) liczba płytek krwi większa lub równa 75 000/mm^3; 6) stężenie kreatyniny mniejsze lub równe 1,5-krotności górnej granicy normy lub klirens kreatyniny większy lub równy 50 ml/min; 7) stężenie bilirubiny mniejsze lub równe 1,5-krotności górnej granicy normy; 8) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT) i aminotransferazy asparaginianowej (AspAT) mniejsza lub równa 2,5-krotności górnej granicy normy (lub 5-krotności górnej granicy normy w przypadku przerzutów do wątroby); 9) frakcja wyrzutowa lewej komory większa lub równa dolnej granicy normy lokalnej instytucji. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **3.2. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu:** 1) niewłaściwa kontrola nadciśnienia tętniczego (wartości powyżej 150/ 90 mmHg); 2) przebyte w ciągu ostatnich 6 miesięcy choroby, zabiegi chirurgiczne lub stany kliniczne: a) angioplastyka naczyń wieńcowych, b) stentowanie naczyń wieńcowych, c) zawał mięśnia sercowego, d) niestabilna dusznica bolesna, e) pomostowanie naczyń wieńcowych, f) objawowe choroby naczyń obwodowych (stopień III lub IV wg NYHA), g) epizod naczyniowo- mózgowy, h) zatorowość płucna, i) nieleczona zakrzepica żył głębokich, j) niekontrolowane leczenie lub profilaktyka wtórna epizodów zakrzepowo-zatorowych,		

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

Załącznik B.9.

LECZENIE RAKA PIERSI (ICD-10 C 50)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Leczenie przedoperacyjne (neoadjuwantowe) lub pooperacyjne (adjuwantowe) raka piersi trastuzumabem **1.1. Kryteria kwalifikacji** 1) histologiczne rozpoznanie inwazyjnego raka piersi; 2) nadekspresja HER2 w komórkach raka inwazyjnego (wynik/3+/ w badaniu IHC) lub amplifikacja genu HER2 (wynik /+/ w badaniu ISH); 3) stopień zaawansowania: a) nowotwór pierwotnie klinicznie operacyjny: – wyjściowo średnica guza powyżej 10 mm lub cecha cN1, jeżeli chore otrzymują systemowe leczenie przedoperacyjne (w tym zawierające trastuzumab), lub – średnica komponentu inwazyjnego powyżej 10 mm lub obecność przerzutu lub przerzutów do regionalnych węzłów chłonnych stwierdzone na podstawie badania pooperacyjnego – niezależnie od stosowanego systemowego leczenia przedoperacyjnego, albo b) nowotwór w stadium zaawansowania III, jeżeli możliwe jest leczenie chirurgiczne o założeniu doszczętnym po zastosowaniu wstępnego leczenia systemowego, albo c) nawrót miejscowy (ściana klatki piersiowej lub pierś po oszczędzającym leczeniu) lub regionalny (węzły chłonne) – wyłącznie u pacjentów po	**1. Leczenie przedoperacyjne (neoadjuwantowe) lub pooperacyjne (adjuwantowe) raka piersi trastuzumabem** 1) Dawkowanie leku, modyfikacja dawki, techniczne zasady podawania leku i postępowanie w sytuacjach szczególnych – zgodnie z aktualną ChPL na dzień wydania decyzji. 2) W programie lekowym trastuzumab podaje się: a) po zakończeniu chemioterapii adjuwantowej z antracyklinami, b) po zakończeniu chemioterapii adjuwantowej z antracyklinami w skojarzeniu z paklitakselem lub docetakselem, c) w skojarzeniu z chemioterapią adjuwantową z użyciem docetakselu i karboplatyny, d) w skojarzeniu z chemioterapią adjuwantową z użyciem paklitakselu w monoterapii, e) w skojarzeniu z chemioterapią przedoperacyjną i następnie w terapii adjuwantowej. Całość zaplanowanego leczenia cytostatykami powinna być podana przed operacją, a leczenie uzupełniające powinno być prowadzone wyłącznie trastuzumabem (w skojarzeniu z radioterapią lub	**1. Leczenie przedoperacyjne (neoadjuwantowe) lub pooperacyjne (adjuwantowe) raka piersi trastuzumabem** **1.1. Wykaz badań przy kwalifikacji** a) dostępny wynik badania immunohistochemicznego lub hybrydyzacji in situ (ISH) (ocena nadekspresji HER2, stopień ekspresji receptorów ER i PGR), b) morfologia krwi z rozmazem, c) poziom kreatyniny, d) poziom AlAT, e) poziom AspAT, f) stężenie bilirubiny, g) USG jamy brzusznej, h) RTG klatki piersiowej, i) scyntygrafia kośćca (w zależności od oceny klinicznej), j) mammografia lub USG piersi wraz z dołami pachowymi – u chorych leczonych przedoperacyjnie (w uzasadnionych sytuacjach klinicznych zamiennie CT lub NMR piersi) w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian przed leczeniem, k) EKG,

doszczętnym leczeniu tego nawrotu, którzy nie byli leczeni wcześniej trastuzumabem;

4) leczenie chirurgiczne lub jego zamiar o założeniu radykalnym polegające na:

a) amputacji piersi oraz wycięciu pachowych węzłów chłonnych lub biopsji węzła wartowniczego, której wynik nie uzasadnia wykonania limfadenektomii

lub

b) wycięciu guza z marginesem tkanek prawidłowych oraz pachowych węzłów chłonnych lub biopsji węzła wartowniczego, której wynik nie uzasadnia wykonania limfadenektomii z uzupełniającą radioterapią całej piersi (leczenie oszczędzające).

Przedmiotowe kryterium kwalifikacji nie ma zastosowania w przypadku pacjentów kwalifikowanych na podstawie pkt 3 lit. c.

5) wydolność serca wykazana na podstawie oceny klinicznej i badania ECHO (przed rozpoczęciem stosowania trastuzumabu) z frakcją wyrzutową lewej komory serca wynoszącą przynajmniej 50%;

6) brak cech klinicznie istotnej niewydolności nerek;

7) brak cech klinicznie istotnej niewydolności wątroby (możliwość kwalifikowania chorych z umiarkowanym wzrostem aktywności transaminaz tj. do 3-krotnego wzrostu aktywności transaminaz w stosunku do wartości prawidłowych);

8) brak klinicznie istotnej niewydolności szpiku kostnego;

9) stan sprawności 0-1 wg WHO;

10) wykluczenie ciąży u kobiet w wieku przedmenopauzalnym.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

1.2. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu

1) rozpoznanie wyłącznie przedinwazyjnego raka piersi;

2) pierwotne zaawansowanie w stopniu IV;

3) niewydolność serca (klasa III lub IV według klasyfikacji NYHA);

4) niestabilność hemodynamiczna w przebiegu:

a) choroby wieńcowej,

b) zastawkowej wady serca,

hormonoterapią – jeżeli są wskazania do ich stosowania).

Pooperacyjne podawanie trastuzumabu należy wznowić jak najszybciej po przeprowadzonym leczeniu operacyjnym.

3) Rozpoczęcie leczenia jest możliwe podczas stosowania chemioterapii, radioterapii lub hormonoterapii.

4) Nie należy stosować trastuzumabu jednocześnie z antracyklinami.

5) Całkowity czas aktywnej terapii trastuzumabem trwa:

a) maksymalnie 12 miesięcy lub maksymalnie 18 podań (w tym w schemacie określonym w pkt 2 lit. d)

albo

b) do czasu wystąpienia progresji choroby

albo

c) do wystąpienia niepożądanych działań o istotnym znaczeniu klinicznym.

6) W uzasadnionych przypadkach możliwe jest ponowne podjęcie leczenia uzupełniającego trastuzumabem po przerwie trwającej dłużej iż 60 dni. Warunkiem podjęcia takiego leczenia jest wykluczenie sytuacji, w których przerwy spowodowane zostały wystąpieniem działań niepożądanych lub progresją choroby.

2. Leczenie przedoperacyjne (neoadjuwantowe) raka piersi pertuzumabem w skojarzeniu z trastuzumabem i chemioterapią

1) Dawkowanie leku, modyfikacja dawki, techniczne zasady podawania leku i postępowanie w sytuacjach szczególnych – zgodnie odpowiednio z aktualną ChPL na

l) badanie ECHO,

m) konsultacja kardiologiczna – wyłącznie u pacjentów ze współistniejącymi istotnymi schorzeniami układu sercowo-naczyniowego,

n) test ciążowy (u kobiet z możliwością zajścia w ciążę).

1.2. Monitorowanie leczenia

1) Badania wykonywane nie rzadziej niż:

a) raz na 3 tygodnie podczas stosowania chemioterapii

b) raz na 3 miesiące podczas stosowania trastuzumabu w monoterapii:

– morfologia krwi z rozmazem (w przypadku stosowania trastuzumabu w skojarzeniu z paklitakselem podawanym co 7 dni badanie należy wykonać również przed każdym podaniem paklitakselu),

– poziom kreatyniny,

– poziom AlAT,

– poziom AspAT,

– stężenie bilirubiny,

2) Badania wykonywane nie rzadziej niż co 6 tygodni:

a) USG piersi wraz z dołami pachowymi (u chorych leczonych przedoperacyjnie) w celu oceny odpowiedzi na leczenie (w uzasadnionych sytuacjach klinicznych zamiennie CT lub NMR piersi – należy zastosować tę samą metodę co wyjściowo przed leczeniem). Dobór badań musi umożliwić ocenę odpowiedzi na leczenie.

c) nadciśnienia tętniczego,

d) innych sytuacji klinicznych (np. wieloletniej lub niekontrolowanej cukrzycy);

5) frakcja wyrzutowa lewej komory serca poniżej 50% wykazana w badaniu ECHO;

6) niewydolność oddechowa związana z innymi chorobami współistniejącymi;

7) okres ciąży i karmienia piersią;

8) przeciwwskazania do stosowania trastuzumabu wynikające z nadwrażliwości na trastuzumab, białko mysie lub substancje pomocnicze;

9) stan sprawności 2-4 wg WHO;

10) współistnienie innych aktywnych nowotworów złośliwych z wyjątkiem przedinwazyjnego raka szyjki macicy lub podstawnokomórkowego raka skóry albo wcześniejsze zachorowanie na jakikolwiek nowotwór złośliwy, o ile leczenie nie miało charakteru radykalnego lub miało charakter radykalny, ale nie uzyskano całkowitej remisji.

2. Leczenie przedoperacyjne (neoadjuwantowe) raka piersi pertuzumabem w skojarzeniu z trastuzumabem i chemioterapią

2.1. Kryteria kwalifikacji

1) histologiczne rozpoznanie inwazyjnego raka piersi;

2) nadekspresja receptora HER2 w komórkach raka (wynik/3+/ w badaniu IHC) lub amplifikacja genu HER2 (wynik /+/ w badaniu ISH);

3) wyjściowy (pierwotny) stopień zaawansowania:

a) nowotwór w stadium III wyjściowego zaawansowania jeżeli możliwe jest leczenie chirurgiczne o założeniu doszczętnym po zastosowaniu wstępnego leczenia systemowego (w tym rak zapalny)

lub

b) nowotwór pierwotnie operacyjny z guzem > 2 cm i zajętymi węzłami chłonnymi lub ujemnym stanem receptorów ER i PgR;

4) zamiar leczenia chirurgicznego o założeniu radykalnym polegającym na:

a) amputacji piersi oraz wycięciu pachowych węzłów chłonnych albo biopsji węzła wartowniczego, której wynik nie uzasadnia wykonania limfadenektomii

dzień wydania decyzji pertuzumabu i aktualną ChPL na dzień wydania decyzji trastuzumabu.

2) Pertuzumab i trastuzumab można podawać w dowolnej kolejności.

3) Całość zaplanowanego leczenia cytostatykami powinna być podana przed operacją, a leczenie uzupełniające prowadzone jest trastuzumabem zgodnie z wytycznymi pkt. 1 programu: „Leczenie przedoperacyjne (neoadjuwantowe) lub pooperacyjne (adjuwantowe) raka piersi trastuzumabem".

4) Całkowity czas aktywnej terapii pertuzumabem w leczeniu przedoperacyjnym (neoadjuwantowym) w skojarzeniu z trastuzumabem i chemioterapią to:

a) od 3 do 6 podań pertuzumabu w skojarzeniu z trastuzumabem i chemioterapią

albo

b) do wystąpienia niepożądanych działań o istotnym znaczeniu klinicznym uniemożliwiających w opinii lekarza prowadzącego kontynuowanie terapii.

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.

5) Nie stosuje się pertuzumabu i trastuzumabu łącznie z antracyklinami.

6) W przypadku przerwania terapii trastuzumabem przerywa się stosowanie pertuzumabu.

3) Badania wykonywane w trzecim oraz szóstym miesiącu leczenia i następnie w przypadku wskazań klinicznych oraz po zakończeniu leczenia (4-6 tygodni od podania ostatniej dawki):

a) EKG,

b) ECHO.

2. Leczenie przedoperacyjne (neoadjuwantowe) raka piersi pertuzumabem w skojarzeniu z trastuzumabem i chemioterapią

2.1. Wykaz badań przy kwalifikacji

a) badanie immunohistochemiczne lub hybrydyzacji in situ (ISH) (ocena nadekspresji HER2), stopień ekspresji receptorów ER i PGR,

b) morfologia krwi z rozmazem,

c) poziom kreatyniny,

d) poziom AlAT,

e) poziom AspAT,

f) stężenie bilirubiny,

g) USG lub TK jamy brzusznej – wybór rodzaju badania w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian,

h) RTG lub TK klatki piersiowej – wybór rodzaju badania w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian,

i) scyntygrafia kośćca (w zależności od oceny klinicznej),

j) mammografia lub USG piersi wraz z dołami pachowymi – u chorych leczonych przedoperacyjnie (w uzasadnionych sytuacjach klinicznych zamiennie CT lub

lub

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);

5) wydolność serca wykazana na podstawie oceny klinicznej i badania ECHO lub MUGA (przed rozpoczęciem stosowania trastuzumabu) z frakcją wyrzutową lewej komory serca wynoszącą przynajmniej 50%;

6) brak cech klinicznie istotnej niewydolności nerek;

7) brak cech klinicznie istotnej niewydolności wątroby (możliwość kwalifikowania chorych z umiarkowanym wzrostem aktywności transaminaz tj. do 3-krotnego wzrostu aktywności transaminaz w stosunku do wartości prawidłowych);

8) brak klinicznie istotnej niewydolności szpiku kostnego;

9) stan sprawności 0-1 wg WHO;

10) wykluczenie ciąży u kobiet w wieku przedmenopauzalnym.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

Ponadto do programu lekowego w zakresie leczenia przedoperacyjnego (neoadjuwantowego) raka piersi pertuzumabem w skojarzeniu z trastuzumabem i chemioterapią kwalifikowani są również pacjenci, których leczenie było finansowane w ramach innego niż środki publiczne sposób finansowania terapii, pod warunkiem że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

2.2. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu

1) rozpoznanie wyłącznie przedinwazyjnego raka piersi;

2) pierwotne zaawansowanie w stopniu IV;

3) pierwotne zaawansowanie kliniczne guza ≤ 2 cm przy braku przeciwwskazań wynikających z punktów 2.2.: 1 i 2;

4) niewydolność serca (klasa III lub IV według klasyfikacji NYHA);

5) niestabilność hemodynamiczna w przebiegu:

a) choroby wieńcowej,

3. Leczenie trastuzumabem emtanzyną chorych na nieoperacyjnego miejscowo zaawansowanego lub przerzutowego raka piersi

Zalecaną dawką trastuzumabu emtanzyny jest 3,6 mg/kg masy ciała, podawaną w formie wlewu dożylnego co 3 tygodnie (cykl 21-dniowy).

Postępowanie w przypadku objawowych działań niepożądanych może wiązać się z czasowym przerwaniem terapii, zmniejszeniem dawki lub zakończeniem leczenia trastuzumabem emtanzyną.

Dawkę trastuzumabu emtanzyny należy, w razie potrzeby, redukować wg następującego schematu (zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego na dzień wydania decyzji):

1) dawka początkowa 3,6 mg/kg mc;

2) pierwsza redukcja dawki: 3,0 mg kg mc;

3) druga redukcja dawki: 2,4mg/kg mc.

Jeśli istnieje konieczność dalszej redukcji dawki, to należy zakończyć leczenie trastuzumabem emtanzyną.

Nie należy zwiększać dawki trastuzumabu emtanzyny po jej redukcji.

Leczenie należy prowadzić do czasu progresji nowotworu lub nieakceptowalnej toksyczności.

4. Leczenie przerzutowego raka piersi trastuzumabem

1) Dawkowanie leku, modyfikacja dawki, techniczne zasady podawania leku i postępowanie w sytuacjach szczególnych – zgodnie z aktualną ChPL na dzień wydania decyzji.

2) W programie lekowym trastuzumab podaje się:

NMR piersi) w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian przed leczeniem,

k) EKG,

l) badanie ECHO

m) konsultacja kardiologiczna – wyłącznie u pacjentów ze współistniejącymi schorzeniami układu sercowo-naczyniowego w wywiadzie i ze wskazań klinicznych

n) test ciążowy (u kobiet z możliwością zajścia w ciążę).

2.2. Monitorowanie leczenia

a) Badania wykonywane nie rzadziej niż raz na 3 tygodnie :

– morfologia krwi z rozmazem,

– poziom kreatyniny,

– poziom AlAT,

– poziom AspAT,

– stężenie bilirubiny,

b) Badania wykonywane nie rzadziej niż co 6 tygodni:

– USG piersi wraz z dołami pachowymi (u chorych leczonych przedoperacyjnie) w celu oceny odpowiedzi na leczenie (w uzasadnionych sytuacjach klinicznych zamiennie CT lub NMR piersi – należy zastosować tę samą metodę co wyjściowo przed leczeniem). Dobór badań musi umożliwić ocenę odpowiedzi na leczenie,

– EKG,

c) Badania wykonywane nie rzadziej niż co 3 miesiące:

b) zastawkowej wady serca,

c) nadciśnienia tętniczego,

d) innych sytuacji klinicznych (np. wieloletniej lub niekontrolowanej cukrzycy);

6) frakcja wyrzutowa lewej komory serca poniżej 50% wykazana w badaniu ECHO lub MUGA;

7) niewydolność oddechowa związana z innymi chorobami współistniejącymi;

8) okres ciąży i karmienia piersią;

9) przeciwwskazania do stosowania trastuzumabu wynikające z nadwrażliwości na trastuzumab, białko mysie lub substancje pomocnicze;

10) przeciwwskazania do stosowania pertuzumabu wynikające z nadwrażliwości na pertuzumab, białko mysie lub substancje pomocnicze;

11) stan sprawności 2-4 wg WHO;

12) współistnienie innych aktywnych nowotworów złośliwych (w tym raka drugiej piersi) z wyjątkiem przedinwazyjnego raka szyjki macicy lub podstawnokomórkowego raka skóry albo wcześniejsze zachorowanie na jakikolwiek nowotwór złośliwy, o ile leczenie nie miało charakteru radykalnego lub miało charakter radykalny, ale nie uzyskano całkowitej remisji.

3. Leczenie trastuzumabem emtanzyną chorych na nieoperacyjnego miejscowo zaawansowanego lub przerzutowego raka piersi

3.1. Kryteria kwalifikacji

1) potwierdzony histologicznie inwazyjny rak piersi:

a) uogólniony

lub

b) miejscowo zaawansowany nieresekcyjny;

2) nadekspresja receptorowego białka HER2 (wynik /3+/ w badaniu IHC) lub amplifikacja genu HER2 (wynik /+/ w badaniu metodą hybrydyzacji in situ);

3) udokumentowane niepowodzenie wcześniejszej terapii zawierającej trastuzumab i taksoid (podawane jednocześnie lub sekwencyjnie):

a) w leczeniu skojarzonym z chemioterapią lub inhibitorem aromatazy

lub

b) w monoterapii.

3) Leczenie trastuzumabem trwa do czasu:

a) wystąpienia progresji choroby

lub

b) wystąpienia niepożądanych działań o istotnym znaczeniu klinicznym.

5. Leczenie uogólnionego raka piersi lapatynibem w skojarzeniu z kapecytabiną

Dawkowanie lapatynibu i kapecytabiny zgodnie z aktualną ChPL na dzień wydania decyzji.

6. Leczenie zaawansowanego raka piersi pertuzumabem w skojarzeniu z trastuzumabem i docetakselem

Dawkowanie pertuzumabu, trastuzumabu, docetakselu, kryteria i sposób modyfikowania dawkowania leków oraz zasady czasowego wstrzymania podawania, leków w programie zgodnie z aktualną ChPL na dzień wydania decyzji pertuzumabu.

7. Leczenie przerzutowego raka piersi inhibitorami CDK4/6 (abemacyklibem albo palbocyklibem albo rybocyklibem) w skojarzeniu z inhibitorem aromatazy albo inhibitorami CDK4/6 (abemacyklibem albo palbocyklibem albo rybocyklibem) w skojarzeniu z fulwestrantem

– ECHO lub MUGA (scyntygrafia bramkowana serca).

3. Leczenie trastuzumabem emtanzyną chorych na nieoperacyjnego miejscowo zaawansowanego lub przerzutowego raka piersi

3.1. Wykaz badań przy kwalifikacji

a) badanie immunohistochemiczne i/lub hybrydyzacji in situ potwierdzające nadekspresję HER2 (możliwe wykorzystanie badania wykonanego wcześniej);

b) morfologia krwi z oznaczeniem liczby neutrofili i liczby płytek krwi, stężenie kreatyniny, aktywność ALAT i AspAT, stężenie bilirubiny, stężenie sodu, potasu i wapnia w surowicy;

c) RTG lub KT klatki piersiowej (wykonane w ciągu ostatnich 4 tygodni) – wybór rodzaju badania w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian;

d) USG jamy brzusznej lub TK jamy brzusznej lub TK jamy brzusznej i miednicy, (wykonane w ciągu ostatnich 4 tygodni, (w zależności od sytuacji klinicznej) wybór rodzaju badania w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian;);

e) scyntygrafia kośćca i inne badania obrazowe w zależności od oceny sytuacji klinicznej;

f) EKG i ECHO (lub MUGA) serca;

g) konsultacja kardiologiczna - jedynie w przypadku wskazań klinicznych dotyczących wydolności układu sercowo-naczyniowego

a) w przypadku chorych leczonych uzupełniająco trastuzumabem nawrót choroby musi nastąpić w trakcie leczenia lub przed upływem sześciu miesięcy od jego zakończenia, b) w przypadku chorych leczonych z powodu nieresekcyjnego, miejscowo zaawansowanego lub uogólnionego raka piersi – udokumentowane niepowodzenie leczenia pertuzumabem, trastuzumabem i docetakselem lub trastuzumabem i taksoidem lub – udokumentowane niepowodzenie terapii lapatynibem z kapecytabiną (konieczne wcześniejsze leczenie z udziałem taksoidu i trastuzumabu); 4) stan sprawności 0-2 według WHO; 5) brak cech klinicznie istotnej niewydolności nerek; 6) brak cech klinicznie istotnej niewydolności wątroby (możliwość kwalifikowania chorych z umiarkowanym wzrostem aktywności transaminaz tj. do 3-krotnego wzrostu aktywności transaminaz w stosunku do wartości prawidłowych u chorych bez przerzutów do wątroby i do 5-krotnego wzrostu aktywności transaminaz u chorych z przerzutami do wątroby); 7) brak klinicznie istotnej niewydolności szpiku kostnego; 8) wykluczenie innych współwystępujących poważnych chorób, w tym innych nowotworów (z wyjątkiem przedinwazyjnego raka szyjki macicy lub raka podstawnokomórkowego skóry) leczonych z założeniem paliatywnym lub radykalnym przy nieuzyskaniu remisji choroby; 9) wydolność serca wykazana na podstawie oceny klinicznej i badania ECHO lub MUGA serca z frakcją wyrzutu lewej komory serca wynoszącą przynajmniej 50%. Powyższe kryteria muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni trastuzumabem emtanzyną w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.	Maksymalna dawka dobowa **palbocyklibu**: 125 mg/dobę (codziennie przez 21 dni, następnie przerwa 7 dni, 1 cykl trwa 28 dni). Maksymalna dawka dobowa **rybocyklibu**: 600 mg/dobę (codziennie przez 21 dni, następnie przerwa 7 dni, 1 cykl trwa 28 dni). Maksymalna dawka dobowa **abemacyklibu**: 300 mg/dobę (codziennie, 1 cykl trwa 28 dni). Modyfikacje dawkowania powinny być dokonywane na podstawie odpowiednich aktualnych ChPL na dzień wydania decyzji. Dawka **fulwestrantu** stosowanego w skojarzeniu z inhibitorem CDK4/6: 500 mg/dobę (podawany w 1, 15 oraz 29 dniu, a następnie raz na miesiąc). Dawka dobowa **inhibitorów aromatazy** stosowanych w skojarzeniu z inhibitorami CDK4/6: a) **letrozol**: 2,5 mg/dobę, b) **anastrozol**: 1 mg/dobę, c) **eksemestan**: 25 mg/dobę.	lub nieprawidłowych wyników EKG i/lub ECHO (MUGA); h) tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny mózgu (tylko gdy są wskazania kliniczne); i) próba ciążowa (u kobiet z możliwością zajścia w ciążę). **3.2. Monitorowanie leczenia** a) przed każdym kolejnym cyklem leczenia: – morfologia krwi z oznaczeniem liczby neutrofili i liczby płytek krwi, stężenia sodu, potasu i wapnia, kreatyniny, bilirubiny, aktywności ALAT i AspAT; b) EKG i ECHO w trzecim oraz szóstym miesiącu, później w przypadku klinicznych wskazań; dodatkowo w razie klinicznych wskazań; c) badania obrazowe dokumentujące odpowiedź na leczenie wykonywane są w zależności od wyjściowej metody obrazowej oraz lokalizacji zmian chorobowych nie rzadziej niż co 3 miesiące lub w przypadku wskazań klinicznych; d) scyntygrafia kośćca (u chorych z przerzutami do kości) nie rzadziej niż co 6 miesięcy. **4. Leczenie przerzutowego raka piersi trastuzumabem lub lapatynibem w skojarzeniu z kapecytabiną** **4.1. Wykaz badań przy kwalifikacji** a) dostępny wynik badania immunohistochemicznego lub hybrydyzacji

3.2. Kryteria uniemożliwiające udział w programie 1) wcześniejsze leczenie trastuzumabem emtanzyną (nie dotyczy pacjentów, którzy byli leczeni trastuzumabem emtanzyną w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego) 2) nadwrażliwość na trastuzumab lub trastuzumab emtanzynę lub którąkolwiek substancję pomocniczą; 3) przeciwwskazania do udziału w programie wynikające z przeciwwskazań do stosowania leku określonych w aktualnej ChPL na dzień wydania decyzji; 4) istotna niewydolność serca, ciężkie zaburzenia rytmu oraz niestabilna choroba wieńcowa występujące w ciągu 6 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia; 5) ciąża i karmienie piersią. **3.3. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trastuzumabem emtanzyną powinno być prowadzone do czasu wystąpienia progresji choroby lub wystąpienia niepożądanych działań, które uniemożliwiają kontynuację terapii. **4. Leczenie przerzutowego raka piersi trastuzumabem albo lapatynibem w skojarzeniu z kapecytabiną** **4.1. Kryteria kwalifikacji:** 1) histologiczne rozpoznanie raka piersi a) z przerzutami (IV stopień zaawansowania) – dotyczy trastuzumabu i lapatynibu w skojarzeniu z kapecytabiną albo b) miejscowo zaawansowanego lub nawrotowego raka piersi, jeśli leczenie miejscowe (chirurgia, radioterapia) jest nieskuteczne lub trwale niemożliwe do zastosowania – dotyczy wyłącznie trastuzumabu; 2) udokumentowana nadekspresja HER2 (wynik /3+/ w badaniu IHC) lub amplifikacja genu HER2 (wynik /+/ w badaniu ISH); 3) wcześniejsze leczenie: a) udokumentowane niepowodzenie leczenia z wykorzystaniem:		in situ (ISH) (ocena nadekspresji HER2, stopień ekspresji receptorów ER i PGR), b) morfologia krwi z rozmazem, c) poziom kreatyniny, d) poziom AlAT, e) poziom AspAT, f) stężenie bilirubiny, g) USG jamy brzusznej lub badanie tomografii komputerowej (w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian), h) RTG klatki piersiowej lub badanie tomografii komputerowej (w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian), i) scyntygrafia kośćca lub inne badanie obrazowe (w zależności od oceny klinicznej), j) EKG, k) badanie ECHO, l) konsultacja kardiologiczna – wyłącznie u pacjentów ze współistniejącymi istotnymi schorzeniami układu sercowo-naczyniowego, m) test ciążowy (u kobiet w wieku przedmenopauzalnym). **4.2. Monitorowanie leczenia** 1) Badania wykonywane nie rzadziej niż: a) raz na 3 tygodnie podczas stosowania chemioterapii b) raz na 3 miesiące podczas stosowania trastuzumabu w monoterapii lub w skojarzeniu z inhibitorem aromatazy:

– chemioterapii z użyciem antracyklin lub w przypadku udokumentowanych przeciwwskazań do zastosowania antracyklin leków z innej grupy – dla trastuzumabu stosowanego z lekiem o działaniu cytotoksycznym lub – co najmniej 2 linii chemioterapii z użyciem antracyklin i taksanów - dla trastuzumabu stosowanego w monoterapii albo b) brak wcześniejszej chemioterapii z powodu przerzutowego raka piersi – wyłącznie dla trastuzumabu w skojarzeniu z inhibitorem aromatazy, albo c) udokumentowana progresja po leczeniu trastuzumabem – dla lapatynibu w skojarzeniu z kapecytabiną; 4) wydolność serca wykazana na podstawie oceny klinicznej i badania ECHO (przed rozpoczęciem stosowania trastuzumabu) z frakcją wyrzutową lewej komory serca wynoszącą przynajmniej 50%; 5) brak cech klinicznie istotnej niewydolności nerek; 6) brak cech klinicznie istotnej niewydolności wątroby (u chorych bez przerzutów do wątroby wzrost aktywności transaminaz nie może przekraczać 3-krotności górnej granicy normy); 7) brak cech klinicznie istotnej niewydolności szpiku kostnego; 8) nieobecność nasilonej duszności spoczynkowej związanej z zaawansowanym nowotworem; 9) stan sprawności 0-2 wg WHO; 10) wykluczenie ciąży u kobiet w wieku przedmenopauzalnym. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Nieuzasadnione jest włączenie do leczenia trastuzumabem jako jedynym lekiem anty-HER2, w ramach leczenia przerzutowego raka piersi świadczeniobiorców, u których zastosowano ten lek w leczeniu neoadjuwantowym lub adjuwantowym raka piersi. **4.2. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu** 1) niewydolność krążenia, niewydolność wieńcowa, niekontrolowane nadciśnienie tętnicze;		– morfologia krwi z rozmazem (w przypadku stosowania trastuzumabu w skojarzeniu z paklitakselem podawanym co 7 dni badanie należy wykonać również przed każdym podaniem cytostatyku), – poziom kreatyniny, – poziom AlAT, – poziom AspAT, – stężenie bilirubiny, 2) Badania wykonywane nie rzadziej niż co 3 miesiące: a) USG jamy brzusznej lub badanie tomografii komputerowej w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian) b) RTG klatki piersiowej lub badanie tomografii komputerowej (w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian), c) scyntygrafia kośćca lub inne badanie obrazowe (w zależności od oceny klinicznej), Dobór badań musi umożliwić ocenę odpowiedzi na leczenie. 3) Badania wykonywane w trzecim oraz szóstym miesiącu leczenia i następnie w przypadku wskazań klinicznych oraz po zakończeniu leczenia (4-6 tygodni od podania ostatniej dawki): a) EKG, b) ECHO. **5. Leczenie zaawansowanego raka piersi pertuzumabem w skojarzeniu z trastuzumabem i docetakselem** **5.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia**

2) niewydolność oddechowa związana z innymi chorobami współistniejącymi; 3) okres ciąży i karmienia piersią; 4) przeciwwskazania do stosowania trastuzumabu wynikające z nadwrażliwości na trastuzumab, białko mysie lub substancje pomocnicze; 5) stan sprawności 3-4 wg WHO; 6) współistnienie innych aktywnych nowotworów z wyjątkiem przedinwazyjnego raka szyjki macicy lub podstawnokomórkowego raka skóry albo wcześniejsze zachorowanie na jakikolwiek nowotwór złośliwy, o ile leczenie nie miało charakteru radykalnego lub miało charakter radykalny, ale nie uzyskano całkowitej remisji; 7) wcześniejsze stosowanie trastuzumabu w leczeniu neoadjuwantowym lub adjuwantowym – nie dotyczy leczenia lapatynibem w skojarzeniu z kapecytabiną. **5. Leczenie zaawansowanego raka piersi pertuzumabem w skojarzeniu z trastuzumabem i docetakselem chorych z:** 1) uogólnionym lub 2) miejscowo zaawansowanym lub nawrotowym rakiem piersi jeśli leczenie miejscowe (chirurgia, radioterapia) jest nieskuteczne lub trwale niemożliwe do zastosowania. **5.1. Kryteria kwalifikacji** 1) potwierdzony histologicznie: a) rak piersi uogólniony lub b) miejscowo zaawansowany lub nawrotowy rak piersi jeśli leczenie miejscowe (chirurgia, radioterapia) jest nieskuteczne lub trwale niemożliwe do zastosowania; 2) nadekspresja receptorowego białka HER2 (wynik /3+/ w badaniu IHC) lub amplifikacja genu HER2 (wynik /+/ w badaniu metodą hybrydyzacji in situ); 3) obecność przynajmniej jednej zmiany mierzalnej lub ocenialnej; 4) stan sprawności 0-1 według WHO;		a) badanie immunohistochemiczne i/lub metodą hybrydyzacji in situ receptorowego białka HER2 lub amplifikacji genu HER2); b) morfologia krwi a rozmazem; c) oznaczenie stężenia kreatyniny; d) oznaczenie aktywności ALAT; e) oznaczenie aktywności AspAT; f) oznaczenie stężenia bilirubiny; g) oznaczenie stężenia fosfatazy zasadowej: h) oznaczenie stężenia sodu; i) oznaczenie stężenia potasu; j) oznaczenie stężenia wapnia; k) RTG lub KT klatki piersiowej (wykonane w ciągu ostatnich 4 tygodni) - wybór rodzaju badania w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian; l) USG lub KT jamy brzusznej (wykonane w ciągu ostatnich 4 tygodni) - wybór rodzaju badania w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian; m) scyntygrafia kośćca (wykonanie badania w zależności od oceny sytuacji klinicznej); n) EKG i ECHO serca, konsultacja kardiologiczna; o) próba ciążowa (u kobiet z możliwością zajścia w ciążę); p) KT lub MRI mózgu (tylko gdy są wskazania kliniczne). **5.2. Monitorowanie leczenia** a) przed każdym kolejnym cyklem chemioterapii (zgodnie z rytmem kolejnych cykli), a następnie nie rzadziej niż co 3

5) wydolność serca wykazana na podstawie oceny klinicznej badania ECHO (przed rozpoczęciem stosowania trastuzumabu i pertuzumabu) z frakcją wyrzutu lewej komory serca wynoszącą przynajmniej 50%; 6) brak przeciwwskazań (w tym dotyczących wyników badań laboratoryjnych) do zastosowania docetakselu. **5.2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie skojarzone pertuzumabem, trastuzumabem i docetakselem powinno być prowadzone do czasu wystąpienia progresji choroby lub wystąpienia niepożądanych działań o istotnym znaczeniu klinicznym. Chore powinny otrzymać przynajmniej 6 cykli docetakselu, wcześniejsze zakończenie chemioterapii jest możliwe tylko, gdy wystąpią istotne objawy niepożądane uniemożliwiające jej kontynuację. Jeżeli leczenie docetakselem zostanie przerwane z powodu toksyczności leczenie pertuzumabem i trastuzumabem może być prowadzone do czasu wystąpienia progresji choroby lub wystąpienia niepożądanych działań istotnym znaczeniu klinicznym. **5.3. Kryteria uniemożliwiające udział w programie** 1) nadwrażliwość na trastuzumab, pertuzumab lub substancje pomocnicze; 2) nasilona duszność spoczynkowa związana z zaawansowaniem nowotworu lub innymi chorobami; 3) niewydolność sercowo-naczyniowa i nadciśnienie tętnicze nie poddające się leczeniu farmakologicznemu; 4) stan sprawności 2-4 według WHO; 5) ciąża i karmienie piersią; 6) stosowanie w przeszłości z powodu uogólnionego raka piersi chemioterapii lub terapii przeciw-HER2; 7) przebyte leczenie uzupełniające trastuzumabem, jeżeli okres od zakończenia terapii trastuzumabem do nawrotu raka piersi jest krótszy niż 12 miesięcy; 8) obecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym potwierdzonych wynikami badania obrazowego wykonanego w sytuacji wystąpienia klinicznych wskazań;		miesiące w czasie wyłącznego stosowania pertuzumabu i trastuzumabu: – morfologia krwi a rozmazem; – oznaczenie stężenia kreatyniny; – oznaczanie aktywności AlAT; – oznaczenie aktywności AspAT; – oznaczenie stężenia bilirubiny. – oznaczenie stężenia sodu; – oznaczenie stężenia potasu; – oznaczenie stężenia wapnia; b) co 3 miesiące: – EKG i ECHO; c) konsultacja kardiologiczna w zależności od wskazań klinicznych; d) Co 3 miesiące lub w przypadku wskazań klinicznych (wybór metody w zależności od wyjściowej metody obrazowej): – USG lub KT jamy brzusznej, – RTG lub KT klatki piersiowej; e) nie nadziej niż co 6 miesięcy: – scyntygrafia kośćca (w odniesieniu do chorych z przerzutami do kości). **6. Leczenie przerzutowego raka piersi inhibitorami CDK4/6 (abemacyklibem albo palbocyklibem albo rybocyklibem) w skojarzeniu z inhibitorem aromatazy albo inhibitorami CDK4/6 (abemacyklibem albo palbocyklibem albo rybocyklibem) w skojarzeniu z fulwestrantem** **6.1. Wykaz badań przy kwalifikacji**

9) inne poważne współistniejące choroby uniemożliwiające przeprowadzenie leczenia. **6. Leczenie przerzutowego raka piersi inhibitorami CDK4/6 (abemacyklibem albo palbocyklibem albo rybocyklibem) w skojarzeniu z inhibitorem aromatazy albo inhibitorami CDK4/6 (abemacyklibem albo palbocyklibem albo rybocyklibem) w skojarzeniu z fulwestrantem** **6.1. Kryteria kwalifikacji** 1) Potwierdzony histologicznie zaawansowany rak piersi, tj. a) rak piersi uogólniony lub b) miejscowo zaawansowany, jeśli radykalne leczenie miejscowe (chirurgia, radioterapia) jest nieskuteczne lub niemożliwe do zastosowania; 2) udokumentowana ekspresja steroidowych receptorów hormonalnych ⩾1%; 3) udokumentowana nieobecność: a) nadekspresji receptora HER2 w komórkach raka (wynik /0 lub 1+/ w badaniu IHC) lub b) amplifikacji genu HER2 (wynik /-/ w badaniu metodą hybrydyzacji in situ (ISH)); 4) obecność zmian chorobowych możliwych do oceny wg. kryteriów RECIST 1.1; 5) stan: a) pomenopauzalny zdefiniowany jako (do wyboru jedna z poniższych opcji): – stan po obustronnym usunięciu jajników – brak miesiączki przez ostatnie 12 m-cy (bez innych przyczyn) – brak miesiączki nie spełniający powyższych wymogów oraz pomenopauzalne stężenia estradiolu, FSH i LH b) przed- lub okołomenopauzalny – wszystkie chore nie spełniające kryteriów stanu pomenopauzalnego. W takim przypadku hormonoterapię należy skojarzyć z agonistą hormonu uwalniającego hormon luteinizujący (LHRH).		a) ekspresja steroidowych receptorów hormonalnych (badanie immunohistochemiczne) oraz stanu receptora HER2 lub genu HER2 (badanie immunohistochemiczne lub metodą hybrydyzacji in situ (ISH)), o ile nie były wykonane wcześniej; b) morfologia krwi z rozmazem; c) stężenie kreatyniny; d) stężenie bilirubiny; e) aktywność AlAT; f) aktywność AspAT; g) stężenie elektrolitów (sód, potas, wapń, magnez); h) stężenie estradiolu, FSH i LH u chorych z brakiem miesiączki indukowanym chemioterapią oraz u chorych w okresie przed- i okołomenopauzalnym; i) RTG lub KT lub MR klatki piersiowej (wykonane w ciągu ostatnich 8 tygodni) - wybór rodzaju badania w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian; j) USG, KT lub MR jamy brzusznej (wykonane w ciągu ostatnich 8 tygodni) - wybór rodzaju badania w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian; k) scyntygrafia kośćca lub inne badania obrazowe (wykonane w ciągu ostatnich 8 tygodni) w zależności od oceny sytuacji klinicznej; l) test ciążowy u chorych z możliwością zajścia w ciążę; m) EKG (w przypadku rybocyklibu należy ocenić odstęp QTc).

6) stan sprawności 0-2 wg WHO; 7) prawidłowe wskaźniki czynności szpiku; – granulocyty >1,500/mm3 (1,5 x 109 /L); – płytki ≥100 000/mm3 (100 x 109 /L); – hemoglobina ≥9 g/dL (90 g/L); 8) nieobecność laboratoryjnych cech znaczącego upośledzenia czynności nerek i wątroby: – kreatynina ≤1,5 x GGN lub GFR ≥ 30 mL/min; – bilirubina całkowita ≤1,5 x GGN (≤3,0 x GGN w przypadku potwierdzonego zespołu Gilberta); – AST i ALT ≤3 x GGN (≤5,0 x GGN w przypadku przerzutów do wątroby); 9) w przypadku skojarzenia abemacyklibu lub palbocyklibu lub rybocyklibu z inhibitorem aromatazy brak wcześniejszego leczenia hormonalnego z powodu zaawansowanego raka piersi; Dopuszczalne leczenie przedoperacyjne/uzupełniające: a) inhibitorem aromatazy, o ile czas od zakończenia leczenia do nawrotu wynosi więcej niż 12 miesięcy albo b) leczenie tamoksyfenem niezależnie od czasu do wystąpienia nawrotu (także nawrót w trakcie hormonoterapii) 10) w przypadku skojarzenia abemacyklibu lub palbocyklibu lub rybocyklibu z fulwestrantem: a) brak wcześniejszego leczenia systemowego z powodu zaawansowanego raka piersi - dotyczy jedynie rybocyklibu i abemacyklibu w skojarzeniu z fulwestrantem lub b) progresja raka piersi w trakcie lub w ciągu 12 miesięcy od zakończenia hormonoterapii uzupełniającej inhibitorem aromatazy lub c) progresja raka piersi w trakcie lub w ciągu 1 miesiąca od zakończenia hormonoterapii I rzutu.		**6.2. Monitorowanie leczenia** 1) Badania wykonywane co dwa tygodnie w trakcie 2 pierwszych cykli leczenia: a) morfologia b) stężenie bilirubiny; aktywność AlAT i AspAT 2) Badania wykonywane na początku kazdego cyklu leczenia: a) morfologia b) stężenie bilirubiny; aktywność AlAT i AspAT c) stężenie kreatyniny d) inne badania w razie wskazań klinicznych 3) Badania wykonywane nie rzadziej niż co 3 miesiące (wybór metody w zależności od wyjściowej metody obrazowej): a) USG u chorych wyjściowo bez przerzutów w jamie brzusznej lub tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny jamy brzusznej u chorych wyjściowo z przerzutami w jamie brzusznej b) RTG klatki piersiowej lub badanie tomografii komputerowej lub MR, c) scyntygrafia kości lub inne badanie obrazowe (w zależności od sposobu oceny odpowiedzi na leczenie). d) stężenie estradiolu, FSH i LH u chorych kwalifikowanych na podstawie stężeń hormonów oraz u chorych otrzymujących analog LHRH 4) Badanie wykonywane tylko w przypadku terapii rybocyklibem:

Dopuszczalne jest uprzednie stosowanie jednej linii chemioterapii z powodu zaawansowanego raka piersi (przed lub po hormonoterapii I rzutu); Powyższe kryteria muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni abemacyklibem lub palbocyklibem lub rybocyklibem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. Dodatkowo dla pacjentek, które rozpoczęły monoterapię fulwestrantem w 1 linii leczenia hormonalnego przed 01.09.2020 r., w przypadku progresji choroby, możliwe będzie zastosowanie terapii palbocyklibem lub rybocyklibem lub abemacyklibem w skojarzeniu z inhibitorem aromatazy. **6.2. Kryteria uniemożliwiające udział w programie** 1) obecność masywnych przerzutów do narządów trzewnych, stanowiących bezpośrednie zagrożenie życia; 2) obecność przerzutów w obrębie ośrodkowego układu nerwowego za wyjątkiem pacjentów spełniających następujące kryteria: a) od zakończenia leczenia miejscowego (radioterapia lub chirurgia) minęło więcej niż 4 tygodnie i b) stabilizacja przerzutów do OUN (rozumiana, jako stabilny klinicznie stan na leczeniu przeciwpadaczkowym i/lub na dobowej dawce maksymalnie 10 mg prednizonu lub równoważnego glikokortykosteroidu przez co najmniej 2 tygodnie); 3) wcześniejsze leczenie z wykorzystaniem inhibitorów CDK4/6 (nie dotyczy pacjentów, którzy byli leczeni abemacyklibem albo palbocyklibem albo rybocyklibem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego); 4) współwystępowanie innych nowotworów złośliwych leczonych z założeniem paliatywnym (niezależnie od uzyskanej odpowiedzi) oraz nieuzyskanie całkowitej odpowiedzi w przypadku nowotworów leczonych z założeniem radykalnym;		a) EKG z oceną odstępu QTc należy wykonywać w ok. 14. dniu pierwszego cyklu (±7 dni) i na początku drugiego cyklu, a następnie wykonywać je w zależności od wskazań klinicznych. **7. Monitorowanie programu** 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia. 2) Uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia. 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

5) przeciwwskazania do stosowania abemacyklibu lub palbocyklibu lub rybocyklibu wynikające z nadwrażliwości na substancję czynną lub substancje pomocnicze zawarte w leku; 6) ciąża lub karmienie piersią; 7) wznowa/progresja w trakcie przedoperacyjnego lub uzupełniającego leczenia hormonalnego z użyciem inhibitora aromatazy lub w ciągu 12 miesięcy od jego zakończenia w przypadku skojarzenia abemacyklibu lub palbocyklibu lub rybocyklibu z inhibitorem aromatazy; 8) wcześniejsze leczenie fulwestrantem w przypadku skojarzenia abemacyklibu lub palbocyklibu lub rybocyklibu z fulwestrantem; **6.3. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie przerzutowego raka piersi inhibitorami CDK4/6 (abemacyklibem albo palbocyklibem albo rybocyklibem) w skojarzeniu z inhibitorem aromatazy albo inhibitorami CDK4/6 (abemacyklibem albo palbocyklibem albo rybocyklibem) w skojarzeniu z fulwestrantem powinno być prowadzone do czasu wystąpienia progresji choroby lub wystąpienia niepożądanych działań o istotnym znaczeniu klinicznym w ocenie lekarza, które nie ustępują po zastosowaniu przerwy w leczeniu oraz redukcji dawki leku. W przypadku wystąpienia toksyczności związanej z inhibitorem CDK 4/6 podawanie cyklibu może być czasowo wstrzymane, a hormonoterapia może być kontynuowana. Maksymalne opóźnienie w podaniu kolejnej dawki inhibitora nie może przekraczać 28 dni. **7. Wyłączenie z programu** **7.1. Leczenie przedoperacyjne (neoadjuwantowe) lub pooperacyjne (adjuwantowe) raka piersi trastuzumabem** a) progresja choroby nowotworowej; b) utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności do stopnia 2-4 wg WHO; c) istotna klinicznie i utrzymująca się toksyczność stopnia przynajmniej 3 wg WHO; d) pojawienie się objawów nadwrażliwości na trastuzumab, białko mysie, lub substancje pomocnicze.		

7.2. Leczenie przedoperacyjne (neoadjuwantowe) raka piersi pertuzumabem w skojarzeniu z trastuzumabem i chemioterapią a) toksyczność leczenia według klasyfikacji WHO ≥3 stopnia (poza toksycznością związaną z leczeniem cytostatykiem); b) progresja choroby w trakcie stosowania leczenia; c) okres ciąży i karmienia piersią.		
7.3. Leczenie trastuzumabem emtanzyną chorych na nieoperacyjnego miejscowo zaawansowanego lub przerzutowego raka piersi a) utrzymujące się i istotne klinicznie objawy niepożądane stopnia przynajmniej 3 wg skali CTCAE; b) progresja choroby w trakcie stosowania leczenia; c) ciąża, karmienie piersią; d) rezygnacja pacjentki.		
7.4. Leczenie przerzutowego raka piersi trastuzumabem albo lapatynibem w skojarzeniu z kapecytabiną a) progresja choroby; b) utrzymujące pogorszenie się stanu sprawności do stopnia 3-4 wg WHO; c) istotna klinicznie i utrzymująca się toksyczność stopnia przynajmniej 3 wg WHO, zwłaszcza wystąpienie objawów zahamowania czynności szpiku lub objawów niewydolności krążenia; d) pojawienie się objawów nadwrażliwości na trastuzumab, białko mysie lub substancje pomocnicze.		
7.5. Leczenie zaawansowanego raka piersi pertuzumabem w skojarzeniu z trastuzumabem i docetakselem a) toksyczność leczenia według klasyfikacji WHO ≥3 stopnia (poza toksycznością związaną z leczeniem docetakselem); b) utrzymujące pogorszenie się stanu sprawności do stopnia 3-4 wg WHO; c) progresja choroby w trakcie stosowania leczenia;		

d) ciąża. **7.6. Leczenie przerzutowego raka piersi inhibitorami CDK4/6 (abemacyklibem albo palbocyklibem albo rybocyklibem) w skojarzeniu z inhibitorem aromatazy albo inhibitorami CDK4/6 (abemacyklibem albo palbocyklibem albo rybocyklibem) w skojarzeniu z fulwestrantem** a) Udokumentowana progresja w trakcie stosowania leku wg. kryteriów RECIST 1.1; b) Wystąpienie objawów nadwrażliwości na leki podawane w programie lub innych działań niepożądanych, które w ocenie lekarza uniemożliwiają kontynuację leczenia; c) Rezygnacja pacjenta - wycofanie zgody na udział w programie.		

Załącznik B.10.

LECZENIE RAKA NERKI (ICD-10 C 64)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Leczenie raka nerki przy wykorzystaniu substancji czynnej sunitynib **1.1. Kryteria kwalifikacji** 1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie jasnokomórkowego raka nerki lub mieszanego raka nerkowokomórkowego z przeważającym (powyżej 60% utkania) komponentem jasnokomórkowym; 2) nowotwór w stadium zaawansowanym (pierwotne uogólnienie lub nawrót po pierwotnym leczeniu chirurgicznym); 3) brak wcześniejszego leczenia farmakologicznego raka nerki; 4) uprzednie wykonanie nefrektomii (radykalnej lub oszczędzającej); 5) udokumentowana obecność przerzutów narządowych; 6) zmiany możliwe do obiektywnej oceny w badaniach obrazowych metodą komputerowej tomografii (KT) lub magnetycznego rezonansu (MR) z zastrzeżeniem konieczności potwierdzenia zmian w układzie kostnym przy użyciu konwencjonalnej rentgenografii (RTG) lub MR; 7) nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze wycięcie przerzutów i /lub radioterapia, o ile po leczeniu utrzymuje się stan bezobjawowy); 8) stan sprawności 80-100 wg skali Karnofsky'ego; 9) korzystne lub pośrednie rokowanie według skali MSKCC (Memorial Sloan-Kettering Cancer Center); 10) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 11) nieobecność innych nowotworów złośliwych z wyjątkiem przedinwazyjnego raka szyjki macicy oraz raka podstawnokomórkowego skóry;	**1. Sunitynib** 1.1. Zalecana dawka sunitynibu wynosi 50 mg doustnie raz na dobę przez 4 kolejne tygodnie, po czym następuje 14-dniowa przerwa, co stanowi pełny 6-tygodniowy cykl leczenia. 1.2. W przypadku wystąpienia istotnych klinicznie lub ciężkich działań niepożądanych należy przerwać stosowanie leku aż do zmniejszenia się nasilenia wspomnianych objawów oraz w trakcie dalszego leczenia należy rozważyć redukcję dawki do 37,5 mg na dobę podawanej przez 4 kolejne tygodnie z następującą po tym okresie 14-dniową przerwą. 1.3. Jeżeli ciężkie objawy niepożądane nie zmniejszą swojego nasilenia w ciągu 4 tygodni mimo przerwania podawania leku, to należy definitywnie zakończyć leczenie. 1.4. Jeżeli pomimo redukcji dawki do 37,5 mg na dobę istotne klinicznie lub ciężkie działania niepożądane ponownie wystąpią, to należy zmniejszyć dawkę leku do 25 mg na dobę podawanej przez 4 kolejne tygodnie z następującą po tym okresie 14-dniową przerwą. 1.5. Ponowne pojawienie się istotnych klinicznie lub ciężkich działań niepożądanych nakazuje zakończenie leczenia.	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia sunitynibem, sorafenibem, pazopanibem, aksytynibem, ewerolimusem, kabozantynibem i niwolumabem** 1) histologiczne potwierdzenie jasnokomórkowego raka nerki lub mieszanego raka nerkowokomórkowego z przeważającym komponentem jasnokomórkowym; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenie stężenia hemoglobiny; 4) oznaczenie stężenia mocznika (nie dotyczy kabozantynibu); 5) oznaczenia stężenia kreatyniny; 6) oznaczenie stężenia bilirubiny; 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 8) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 9) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH) (nie dotyczy kabozantynibu i niwolumabu); 10) oznaczenie aktywności hormonu tyreotropowego (TSH) (nie dotyczy ewerolimusu i temsyrolimusu);

12) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi:

a) wyniki badań czynności wątroby:

– stężenie bilirubiny całkowitej nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem pacjentów z zespołem Gilberta),

– aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczające 5-krotnie górnej granicy normy,

b) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy,

c) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem:

– liczba płytek krwi większa lub równa $10^5/mm^3$,

– bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych większa lub równa $1500/mm^3$,

– poziom hemoglobiny większy lub równy 9,5 g/dl;

13) czynność tarczycy prawidłowa lub wyrównana farmakologicznie;

14) nieobecność niekontrolowanych chorób układu sercowo-naczyniowego.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

1.2. Określenie czasu leczenia w programie

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

1.3. Kryteria wyłączenia z programu

1) udokumentowana progresja w trakcie stosowania leku;

2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na sunitynib lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;

3) nawracająca lub nieakceptowalna toksyczność powyżej 3 stopnia według skali WHO;

4) utrzymujący się stan sprawności 70 lub niższy według skali Karnofsky'ego;

5) wystąpienie objawów zastoinowej niewydolności serca, ostrych incydentów niewydolności wieńcowej, niekontrolowanego nadciśnienia tętniczego oraz niestabilnych zaburzeń rytmu serca wymagających leczenia;

6) istotne pogorszenie jakości życia w trakcie stosowania leku.

2. Sorafenib

2.1. Sorafenib jest stosowany w dobowej dawce 800 mg (2 razy dziennie po 2 tabletki zawierające 200 mg) bez przerw.

2.2. W przypadku wystąpienia istotnych klinicznie lub ciężkich działań niepożądanych należy przerwać stosowanie leku aż do zmniejszenia się ich nasilenia oraz należy rozważyć zmniejszenie dobowej dawki sorafenibu do 400 mg dziennie (2 tabletki po 200 mg 1 raz dziennie).

2.3. Jeżeli ciężkie działania niepożądane nie zmniejszą swojego nasilenia w ciągu 4 tygodni mimo przerwania podawania leku, należy zakończyć leczenie.

2.4. Jeżeli pomimo redukcji dawki do 400 mg dziennie istotne klinicznie lub ciężkie działania niepożądane ponownie wystąpią, należy zredukować dawkę leku do 400 mg podawanych co drugi dzień.

2.5. Ponowne pojawienie się istotnych klinicznie lub ciężkich działań niepożądanych nakazuje zakończenie leczenia.

3. Pazopanib

3.1. Zalecana dawka pazopanibu wynosi 800 mg doustnie raz na dobę.

3.2. Modyfikacje dawki: w zależności od indywidualnej tolerancji leczenia, w celu opanowania działań niepożądanych, dawkę należy dostosowywać, zmieniając ją stopniowo, za każdym razem o 200 mg. Dawka pazopanibu nie powinna być większa niż 800 mg

3.3. Zaleca się, aby pacjenci z łagodnymi nieprawidłowościami parametrów czynności wątroby byli leczeni na początku dawką 800 mg

11) oznaczenie skorygowanego stężenia wapnia w surowicy;

12) oznaczenie białka w moczu – dla aksytynibu i kabozantynibu;

13) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej – dla niwolumabu;

14) oznaczenie antygenu HBs (HbsAg) – dla niwolumabu;

15) oznaczenie przeciwciał anty HCV – dla niwolumabu;

16) inne badania laboratoryjne w razie wskazań klinicznych;

17) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym;

18) badanie KT klatki piersiowej i jamy brzusznej;

19) badanie RTG klatki piersiowej – wyłącznie w przypadkach możliwości przeprowadzenia pomiaru zmian chorobowych oraz oceny odpowiedzi na leczenie;

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

21) elektrokardiogram (EKG);

19) pomiar ciśnienia tętniczego;

22) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych.

Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.

2. Leczenie raka nerki przy wykorzystaniu substancji czynnej sorafenib

2.1. Kryteria kwalifikacji

1) rozpoznanie jasnokomórkowego raka nerki lub mieszanego raka nerkowokomórkowego z przeważającym (powyżej 60% utkania) komponentem jasnokomórkowym potwierdzone badaniem histopatologicznym z materiału operacyjnego, biopsji guza nerki lub ogniska przerzutowego;
2) nowotwór w stadium zaawansowanym (pierwotne uogólnienie lub nawrót po pierwotnym leczeniu chirurgicznym);
3) udokumentowane niepowodzenie wcześniejszej immunoterapii z zastosowaniem interferonu alfa lub udokumentowane przeciwwskazania do dalszego stosowania interferonu alfa;
4) uprzednie wykonanie nefrektomii (radykalnej lub oszczędzającej);
5) udokumentowana obecność przerzutów narządowych;
6) zmiany możliwe do obiektywnej oceny w badaniach obrazowych metodą KT lub MR z zastrzeżeniem konieczności potwierdzenia zmian w układzie kostnym przy użyciu konwencjonalnej RTG lub MR;
7) nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze wycięcie przerzutów i /lub radioterapia, o ile po leczeniu utrzymuje się stan bezobjawowy);
8) stan sprawności 80-100 wg skali Karnofsky'ego;
9) korzystne lub pośrednie rokowanie według skali MSKCC (Memorial Sloan-Kettering Cancer Center);
10) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;
11) nieobecność innych nowotworów złośliwych z wyjątkiem przedinwazyjnego raka szyjki macicy oraz raka podstawnokomórkowego skóry;
12) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi:
    a) wyniki badań czynności wątroby:
        – stężenie bilirubiny całkowitej nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem pacjentów z zespołem Gilberta),

pazopanibu raz na dobę. U pacjentów z umiarkowanymi zaburzeniami czynności wątroby zalecane jest stosowanie zmniejszonej dawki 200 mg pazopanibu . Stosowanie pazopanibu nie jest zalecane u pacjentów z ciężkimi zaburzeniami czynności wątroby.

4. Aksytynib

4.1. Zalecana początkowa dawka aksytynibu wynosi 5 mg dwa razy na dobę.

4.2. U pacjentów tolerujących początkową dawkę aksytynibu 5 mg dwa razy na dobę, u których przez dwa kolejne tygodnie nie wystąpiły działania niepożądane > stopnia 2. (tj. nie wystąpiły ciężkie działania niepożądane zgodnie z kryteriami opisującymi działania niepożądane CTCAE) można zwiększyć dawkę leku do 7 mg dwa razy na dobę z wyjątkiem pacjentów, u których ciśnienie tętnicze krwi wynosi > 150/90 mmHg lub którzy otrzymują leczenie obniżające ciśnienie krwi. Następnie, stosując te same kryteria, u pacjentów tolerujących aksytynib w dawce 7 mg dwa razy na dobę, można zwiększyć dawkę do maksymalnej dawki 10 mg dwa razy na dobę.

4.3. W przypadku wystąpienia istotnych klinicznie lub ciężkich działań niepożądanych należy przerwać stosowanie leku aż do zmniejszenia się ich nasilenia oraz należy rozważyć zmniejszenie dobowej dawki aksytynibu do 3 mg dwa razy na dobę, a następnie do 2 mg dwa razy na dobę.

4.4. Jeżeli ciężkie działania niepożądane nie zmniejszą swojego nasilenia w ciągu 4 tygodni mimo przerwania podawania leku, należy zakończyć leczenie.

2. Badania przy kwalifikacji do leczenia temsyrolimusem

1) histologiczne potwierdzenia raka nerkowokomórkowego;
2) morfologia krwi z rozmazem;
3) oznaczenie liczby płytek krwi;
4) oznaczenie stężenia hemoglobiny;
5) oznaczenie stężenia kreatyniny;
6) oznaczenie stężenia bilirubiny;
7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginowej i alaninowej;
8) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH);
9) oznaczenie skorygowanego stężenia wapnia w surowicy;
10) oznaczenie poziomu glukozy;
11) oznaczenie poziomu fosfatazy alkalicznej;
12) oznaczenie poziomu cholesterolu;
13) oznaczenie poziomu trójglicerydów;
14) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym;
15) badanie KT klatki piersiowej i jamy brzusznej;
16) badanie RTG klatki piersiowej, gdy zmiany w klatce piersiowej są możliwe do oceny tą metodą;
17) badanie KT lub MR mózgu – w przypadku osób z podejrzeniem przerzutów do ośrodkowego układu nerwowego (tj. w przypadku objawów ze strony ośrodkowego układu nerwowego oraz u osób po wcześniejszej resekcji przerzutów).

– aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczające 5-krotnie górnej granicy normy,

b) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy,

c) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem:

– liczba płytek krwi większa lub równa $10^5/mm^3$,

– bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych większa lub równa $1500/mm^3$,

– poziom hemoglobiny większy lub równy 9,5 g/dl;

13) czynność tarczycy prawidłowa lub wyrównana farmakologicznie;

14) nieobecność niekontrolowanych chorób układu sercowo-naczyniowego.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

2.2. Określenie czasu leczenia w programie

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

2.3. Kryteria wyłączenia z programu

1) udokumentowana progresja w trakcie stosowania leku;

2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na sorefenib lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;

3) nawracająca lub nieakceptowalna toksyczność powyżej 3 stopnia według skali WHO;

4) utrzymujący się stan sprawności 70 lub niższy według skali Karnofsky'ego;

5) wystąpienie objawów zastoinowej niewydolności serca, ostrych incydentów niewydolności wieńcowej, niekontrolowanego nadciśnienia tętniczego oraz niestabilnych zaburzeń rytmu serca wymagających leczenia;

6) istotne pogorszenie jakości życia w trakcie stosowania leku.

3. Leczenie raka nerki przy wykorzystaniu substancji czynnej pazopanib

3.1. Kryteria kwalifikacji

4.5. Jeżeli pomimo redukcji dawki do 3 mg dwa razy na dobę, a następnie do 2 mg dwa razy na dobę istotne klinicznie lub ciężkie działania niepożądane ponownie wystąpią, należy zakończyć leczenie.

5. Ewerolimus

5.1. Ewerolimus jest stosowany w dobowej dawce 10 mg (1 raz dziennie 2 tabletki zawierające 5 mg albo 1 raz dziennie 1 tabletka zawierająca 10 mg) bez przerw.

5.2. W przypadku wystąpienia istotnych klinicznie lub ciężkich działań niepożądanych należy przerwać stosowanie leku aż do zmniejszenia się ich nasilenia oraz należy rozważyć zmniejszenie dobowej dawki ewerolimusu do 5 mg dziennie (1 tabletka po 5 mg 1 raz dziennie).

5.3. Jeżeli ciężkie działania niepożądane nie zmniejszą swojego nasilenia w ciągu 4 tygodni mimo przerwania podawania leku, należy zakończyć leczenie.

5.4. Jeżeli pomimo redukcji dawki do 5 mg dziennie istotne klinicznie lub ciężkie działania niepożądane ponownie wystąpią, należy zakończyć leczenie.

6. Temsyrolimus

6.1. Temsyrolimus powinien być podawany dożylnie w dawce 25 mg we wlewie trwającym 30-60 minut w odstępach 7-dniowych.

6.2. W ramach premedykacji 30 minut przed rozpoczęciem podania temsyrolimusu należy stosować dożylnie difenhydraminę w dawce 20–50 mg lub podobny lek o działaniu przeciwhistaminowym.

Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.

3. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia

1) morfologia krwi z rozmazem;

2) oznaczenie stężenia hemoglobiny;

3) oznaczenia stężenia kreatyniny;

4) oznaczenie stężenia bilirubiny;

5) oznaczenie liczby płytek krwi – dla temsyrolimusu;

6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;

7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;

8) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH) (nie dotyczy kabozantynibu i niwolumabu);

9) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej;

10) oznaczenie aktywności hormonu tyreotropowego (TSH) – dla aksytynibu, kabozantynibu i niwolumabu;

11) oznaczenie białka w moczu – dla aksytynibu i kabozantynibu;

12) oznaczenie poziomu cholesterolu i trójglicerydów – dla temsyrolimusu;

13) elektrokardiogram (EKG) – dla aksytynibu, temsyrolimusu i kabozantynibu.

Badania wykonuje się:

1) co 6 tygodni - w przypadku leczenia sunitynibem;

1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie jasnokomórkowego raka nerki lub mieszanego raka nerkowokomórkowego z przeważającym (powyżej 60% utkania) komponentem jasnokomórkowym;
2) nowotwór w stadium zaawansowanym (pierwotne uogólnienie lub nawrót po pierwotnym leczeniu chirurgicznym);
3) brak wcześniejszego leczenia farmakologicznego raka nerki lub wcześniejsze leczenie z zastosowaniem cytokin (udokumentowane niepowodzenie wcześniejszej immunoterapii z zastosowaniem interferonu-α (IFN-α) lub przeciwwskazania do dalszego stosowania IFN-α);
4) uprzednie wykonanie nefrektomii (radykalnej lub oszczędzającej);
5) udokumentowana obecność przerzutów narządowych;
6) możliwa obiektywna ocena w badaniach obrazowych metodą komputerowej tomografii (KT) lub magnetycznego rezonansu (MR) z zastrzeżeniem konieczności potwierdzenia zmian w układzie kostnym przy użyciu konwencjonalnej rentgenografii (RTG) lub MR;
7) nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze wycięcie przerzutów i/lub radioterapia, o ile po leczeniu utrzymuje się stan bezobjawowy);
8) stan sprawności 80-100 wg skali Karnofsky'ego;
9) korzystne lub pośrednie rokowanie według skali MSKCC (Memorial Sloan-Kettering Cancer Center);
10) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;
11) nieobecność innych nowotworów złośliwych z wyjątkiem przedinwazyjnego raka szyjki macicy oraz raka podstawnokomórkowego skóry;
12) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi:
    a) wyniki badań czynności wątroby:
        – stężenie bilirubiny całkowitej nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem pacjentów z zespołem Gilberta),
        – aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczające 5-krotnie górnej granicy normy,
    b) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem:
        – liczba płytek krwi większa lub równa $10^5/mm^3$,

6.3. Nie występuje konieczność modyfikowania dawki w zależności od płci lub wieku.

7. Kabozantynib

7.1. Dawkowanie kabozantynibu oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania (w tym okresowe wstrzymanie leczenia) - zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.

8. Niwolumab

8.1. Dawkowanie, sposób podawania oraz modyfikacja leczenia - zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.

8.2. Przerwę w podawaniu niwolumabu należy zastosować m.in. kiedy wystąpi następująca toksyczność pochodzenia immunologicznego (stopnie toksyczności zgodnie z NCI-CTCAE v4):
1) zapalenie płuc stopnia 2.;
2) biegunka lub zapalenie jelita grubego stopnia 2. lub 3.;
3) zapalenie wątroby – zwiększenie aktywności AspAT, AlAT lub zapalenie nerek, lub zaburzenia czynności nerek – zwiększenie stężenia kreatyniny stopnia 2. lub 3.: wzrost stężenia kreatyniny więcej niż 1,5-krotnie, ale nie więcej niż 6-krotnie w stosunku do górnej granicy normy;
4) endokrynopatie pochodzenia immunologicznego: objawowa niedoczynność tarczycy, nadczynność tarczycy, niedoczynność przysadki stopnia 2. lub 3. , niewydolność kory nadnerczy stopnia 2., cukrzyca stopnia 3.;

2) co 4 tygodnie - w przypadku leczenia sorafenibem, aksytynibem, ewerolimusem, temsyrolimusem, kabozantynibem i niwolumabem;
3) w 5 i 9 tygodniu a następnie co cztery tygodnie w przypadku leczenia pazopanibem;
4) dodatkowo w 3 i 7 tygodniu w przypadku leczenia pazopanibem dla oznaczeń określonych w punktach 4, 6, 7.

4. Monitorowanie skuteczności leczenia

1) badanie KT lub MR odpowiedniego obszaru;
2) badanie RTG klatki piersiowej - jeżeli nie jest wykonywane badanie KT;
3) elektrokardiogram (EKG) - w przypadku sorafenibu, pazopanibu, aksytynibu, ewerolimusu i sunitynibu;
4) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych.

Badania wykonuje się:
1) nie rzadziej niż co 12 tygodni; w przypadku prowadzenia leczenia dłużej niż przez 3 lata badania obrazowe mogą być wykonywane co 6 miesięcy lub w przypadku wystąpienia objawów klinicznych;
2) przed zakończeniem:
    a) co drugiego kursu leczenia – w przypadku sunitynibu,
    b) co trzeciego kursu leczenia – w przypadku sorafenibu, pazopanibu, aksytynibu i ewerolimusu;

– bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych większa lub równa 1500/mm^3, – poziom hemoglobiny większy lub równy 9,5 g/dl; 13) czynność tarczycy prawidłowa lub wyrównana farmakologicznie; 14) nieobecność chorób układu sercowo-naczyniowego, które nie mogą być opanowane przy użyciu dostępnych metod leczenia. Kryteria włączenia muszą być spełnione łącznie. **3.2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3.3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) udokumentowana progresja w trakcie stosowania leku; 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na pazopanib lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 3) nawracająca lub nieakceptowana toksyczność powyżej 3 stopnia według skali WHO; 4) utrzymujący się stan sprawności 70 lub niższy według skali Karnofsky'ego; 5) wystąpienie objawów zastoinowej niewydolności serca, ostrych incydentów niewydolności wieńcowej, niekontrolowanego nadciśnienia tętniczego, niestabilnych zaburzeń rytmu serca wymagających leczenia oraz wystąpienia objawów toksyczności ze strony wątroby ≥ 3 stopnia; 6) istotne pogorszenie jakości życia w trakcie stosowania leku. **4. Leczenie raka nerki przy wykorzystaniu substancji czynnej aksytynib** **4.1. Kryteria kwalifikacji:** 1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie jasnokomórkowego raka nerki lub mieszanego raka nerkowokomórkowego z przeważającym (powyżej 50% utkania) komponentem jasnokomórkowym; 2) nowotwór w stadium zaawansowanym (pierwotne uogólnienie lub nawrót po pierwotnym leczeniu chirurgicznym);	5) wysypka stopnia 3. Podawanie niwolumabu można wznowić po uzyskaniu poprawy i zredukowaniu dobowej dawki kortykosteroidów do dawki ≤ 10 mg prednizonu lub równoważnej dawki innego leku steroidowego, o ile ich podawanie było konieczne. 8.3. Przerwa w leczeniu niwolumabem nie może przekraczać 3 miesięcy.	3) w chwili wyłączenia z programu, o ile nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby. Wykonane badania obrazowe muszą umożliwić obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzana zgodnie z kryteriami RECIST lub CHOI. **Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa leczenia pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy ust. 9 pkt 1, powinno być prowadzone jednakowo jak w przypadku pozostałych pacjentów.** **5. Monitorowanie programu** 1) przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze SMPT, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia. Dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom NFZ. W przypadku pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy ust. 9 pkt 1, nie jest wymagane uzupełnianie danych i informacji w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych.

3) udokumentowane niepowodzenie wcześniejszego leczenia z zastosowaniem wielokinazowych inhibitorów (sunitynib, pazopanib - w I linii leczenia) stosowanych jako leczenie poprzedzające lub po niepowodzeniu wcześniejszego leczenia cytokiną; 4) uprzednie wykonanie nefrektomii (radykalnej lub oszczędzającej); 5) udokumentowana obecność przerzutów narządowych; 6) zmiany możliwe do obiektywnej oceny w badaniach obrazowych metodą KT lub MR z zastrzeżeniem konieczności potwierdzenia zmian w układzie kostnym przy użyciu konwencjonalnej rentgenografii (RTG) lub MR; 7) nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze usunięcie przerzutów i /lub radioterapia, o ile po leczeniu utrzymuje się stan bezobjawowy); 8) stan sprawności 80-100 wg skali Karnofsky'ego; 9) korzystne lub pośrednie rokowanie według skali MSKCC (Memorial Sloan-Kettering Cancer Center); 10) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 11) nieobecność niekontrolowanych chorób układu sercowo-naczyniowego; 12) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi: a) wyniki badań czynności wątroby: – stężenie bilirubiny całkowitej nieprzekraczające 2-krotnie górną granicę normy (z wyjątkiem pacjentów z zespołem Gilberta), – aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczające 5-krotnie górną granicę normy, b) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 2-krotnie górną granicę normy, c) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem: – liczba płytek krwi większa lub równa $10^5/mm^3$, – bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych większa lub równa $1500/mm^3$, – poziom hemoglobiny większy lub równy 9,5 g/dl;13); 13) czynność tarczycy prawidłowa lub wyrównana farmakologicznie. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.		

4.2. Do programu, w okresie nieprzekraczającym 6 miesięcy od daty wejścia w życie pierwszej decyzji o objęciu refundacją leku zawierającego substancję czynną aksytynib, kwalifikowani są również pacjenci uprzednio leczeni tą substancją czynną w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem badań klinicznych) w celu zapewnienia kontynuacji terapii. **4.3. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **4.4. Kryteria wyłączenia z programu:** 1) udokumentowana progresja w trakcie stosowania leku; 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na aksytynib lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 3) nawracająca lub nieakceptowana toksyczność powyżej 3 stopnia według skali WHO; 4) utrzymujący się stan sprawności 70 lub niższy według skali Karnofsky'ego; 5) wystąpienie objawów zastoinowej niewydolności serca, ostrych incydentów niewydolności wieńcowej, niekontrolowanego nadciśnienia tętniczego oraz niestabilnych zaburzeń rytmu serca wymagających leczenia; 6) istotne pogorszenie jakości życia w trakcie stosowania leku. **5. Leczenie raka nerki przy wykorzystaniu substancji czynnej ewerolimus** **5.1. Kryteria kwalifikacji** 1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie jasnokomórkowego raka nerki lub mieszanego raka nerkowokomórkowego z przeważającym (powyżej 60% utkania) komponentem jasnokomórkowym; 2) nowotwór w stadium zaawansowanym (pierwotne uogólnienie lub nawrót po pierwotnym leczeniu chirurgicznym); 3) udokumentowane niepowodzenie wcześniejszego leczenia z zastosowaniem wielokinazowych inhibitorów (sunitynib, sorafenib, pazopanib) stosowanych jako jedyne leczenie poprzedzające lub po wcześniejszej immunoterapii; 4) uprzednie wykonanie nefrektomii (radykalnej lub oszczędzającej);		

5) udokumentowana obecność przerzutów narządowych; 6) zmiany możliwe do obiektywnej oceny w badaniach obrazowych metodą KT lub MR z zastrzeżeniem konieczności potwierdzenia zmian w układzie kostnym przy użyciu konwencjonalnej RTG lub MR; 7) nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze usunięcie przerzutów); 8) stan sprawności 80-100 wg skali Karnofsky'ego; 9) korzystne lub pośrednie rokowanie według skali MSKCC (Memorial Sloan-Kettering Cancer Center); 10) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 11) nieobecność innych nowotworów złośliwych z wyjątkiem przedinwazyjnego raka szyjki macicy oraz raka podstawnokomórkowego skóry; 12) wykluczenie czynnych zakażeń miejscowych lub ogólnoustrojowych; 13) nieobecność niekontrolowanych chorób układu sercowo-naczyniowego; 14) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi: a) wyniki badań czynności wątroby: – stężenie bilirubiny całkowitej nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem pacjentów z zespołem Gilberta), – aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczające 5-krotnie górnej granicy normy, b) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy, c) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem: – liczba płytek krwi większa lub równa $10^5/mm^3$, – bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych większa lub równa $1500/mm^3$, – poziom hemoglobiny większy lub równy 9,5 g/dl; 15) prawidłowe stężenie glukozy we krwi; 16) niestosowanie leków z grupy silnych i umiarkowanych inhibitorów CYP3A4 (w szczególności ketokonazol, itrakonazol, worikonazol, klarytromycyna, telitromycyna, erytromycyna, werapamil, flukonazol, diltiazem, cyklosporyna).		

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **5.2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **5.3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) udokumentowana progresja w trakcie stosowania leku; 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na ewerolimus lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 3) nawracająca lub nieakceptowalna toksyczność powyżej 3 stopnia według skali WHO; 4) utrzymujący się stan sprawności 70 lub niższy według skali Karnofsky'ego; 5) wystąpienie objawów zastoinowej niewydolności serca, ostrych incydentów niewydolności wieńcowej, niekontrolowanego nadciśnienia tętniczego oraz niestabilnych zaburzeń rytmu serca wymagających leczenia; 6) istotne pogorszenie jakości życia w trakcie stosowania leku. **6. Leczenie raka nerki przy wykorzystaniu substancji czynnej temsyrolimus** **6.1. Kryteria kwalifikacji** 1. Do programu mogą być zakwalifikowani pacjenci spełniający następujące kryteria: 1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie raka nerkowokomórkowego; 2) nowotwór w stadium zaawansowanym (pierwotne uogólnienie lub nawrót po pierwotnym leczeniu chirurgicznym); 3) brak wcześniejszego leczenia farmakologicznego raka nerki; 4) stan sprawności 60 lub wyższy wg skali Karnofsky’ego; 5) niekorzystne rokowanie według skali MSKCC (Memorial Sloan-Kettering Cancer Center); 6) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 7) zmiany możliwe do obiektywnej oceny w badaniach obrazowych metodą komputerowej tomografii (KT) lub magnetycznego rezonansu (MR) z		

zastrzeżeniem konieczności potwierdzenia zmian w układzie kostnym przy użyciu konwencjonalnej rentgenografii (RTG) lub MR; 8) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi: a) wyniki badań czynności wątroby: – aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nie wyższy niż 3-krotność górnej granicy określającej normę (w przypadku przerzutów do wątroby nie wyższy niż 5-krotność), – stężenie bilirubiny całkowitej nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem pacjentów z zespołem Gilberta), b) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy, c) wyniki badań morfologii krwi z rozmazem: – liczba płytek krwi większa lub równa 100 000/mm^3, – bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych większa lub równa 1500/mm^3, – poziom hemoglobiny większy lub równy 8 mg/dl; 9) poziom cholesterolu, badanego na czczo, nie wyższy niż 350 mg/dl (9,1 mmol na litr); 10) poziom trójglicerydów badanych na czczo nie wyższy niż 400 mg/dl (4,5 mmol na litr); 11) potwierdzona obecność przynajmniej 3 z 6 poniżej wymienionych czynników ryzyka: – aktywność dehydrogenazy mleczanowej przekraczająca ponad 1,5-krotnie górną granicę normy, – stężenie hemoglobiny poniżej dolnej granicy normy,- stężenie skorygowane wapnia w surowicy > 10 mg/dl (2,5 mmol/l), – krótszy niż 12 miesięcy czas od ustalenia rozpoznania do chwili włączenia do leczenia, – stopień sprawności według skali Karnofsky'go poniżej 80 (60 lub 70), – potwierdzenie obecności przerzutów w więcej niż jednym narządzie; 12) nieobecne przerzuty w OUN lub sytuacje po leczeniu chirurgicznym lub/i radioterapii (chorzy po wcześniejszym leczeniu z powodu przerzutów w OUN		

mogą być kwalifikowani do programu jedynie w przypadku stabilnego stanu neurologicznego i braku konieczności stosowania kortykosteroidów). Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. 2. Do programu kwalifikowani są również pacjenci uprzednio leczeni temsyrolimusem w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem badań klinicznych) w celu zapewnienia kontynuacji terapii. **6.2. Określenie czasu leczenia w programie** Chorzy na zaawansowanego raka nerkowokomórkowego z grupy wysokiego ryzyka powinni kontynuować leczenie temsyrolimusem do wystąpienia progresji choroby lub działań niepożądanych, które uniemożliwiają dalsze stosowanie leku. **6.3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) udokumentowana progresja w trakcie stosowania leku; 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na temsyrolimus lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 3) nawracająca lub nieakceptowana toksyczność powyżej 3 stopnia według skali WHO; 4) utrzymujący się stan sprawności 60 lub niższy według skali Karnofsky'ego; 5) istotne pogorszenie jakości życia w trakcie stosowania leku. **7. Leczenie raka nerki przy wykorzystaniu substancji czynnej kabozantynib** **7.1. Kryteria kwalifikacji** 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) histologicznie potwierdzone rozpoznanie raka nerkowokomórkowego z przeważającym (powyżej 50% utkania) komponentem jasnokomórkowym; 3) nowotwór w stadium zaawansowanym (miejscowy nawrót lub przerzuty odległe), który nie kwalifikuje się do leczenia miejscowego; 4) udokumentowane niepowodzenie wcześniejszego leczenia z zastosowaniem terapii celowanej na czynnik wzrostu śródbłonka naczyniowego (VEGF) stosowanej jako jedyne leczenie albo jako leczenie poprzedzone wcześniejszą immunoterapią cytokiną;		

5) uprzednie wykonanie nefrektomii (radykalnej lub oszczędzającej); 6) zmiany możliwe do obiektywnej oceny w badaniach obrazowych metodą KT lub MR z zastrzeżeniem konieczności potwierdzenia zmian w układzie kostnym przy użyciu badań obrazowych i według RECIST; 7) nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze wycięcie przerzutów lub radioterapia, o ile po leczeniu utrzymuje się stan bezobjawowy); 8) stan sprawności 80-100 wg skali Karnofsky'ego; 9) korzystne lub pośrednie rokowanie według skali MSKCC (Memorial Sloan-Kettering Cancer Center); 10) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 11) nieobecność niekontrolowanych chorób układu sercowo-naczyniowego; 12) zadowalająca wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi: a) wyniki badań czynności wątroby: – stężenie bilirubiny całkowitej nieprzekraczające 1.5-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem pacjentów z zespołem Gilberta), – aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginianowej) w surowicy nieprzekraczające 3-krotnie górnej granicy normy, b) klirens kreatyniny ≥30 ml/min., c) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem: – liczba płytek krwi większa lub równa 105/mm3, – bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych większa lub równa 1500/mm3, – poziom hemoglobiny większy lub równy 9,5 g/dl; 13) czynność tarczycy prawidłowa lub wyrównana farmakologicznie; 14) niewystępowanie stanów klinicznych, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają włączenie terapii. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni kabozantynibem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod		

warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **7.2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **7.3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) udokumentowana progresja w trakcie stosowania leku; 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na kabozantynib lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 3) nawracająca lub nieakceptowalna toksyczność powyżej 3 stopnia według skali WHO; 4) utrzymujący się stan sprawności 70 lub niższy według skali Karnofsky'ego; 5) konieczność stosowania leków z grupy silnych inhibitorów CYP3A4; 6) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają prowadzenie leczenia; 7) istotne pogorszenie jakości życia w trakcie stosowania leku. **8. Leczenie raka nerki przy wykorzystaniu substancji czynnej niwolumab** **8.1. Kryteria kwalifikacji** 1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie raka nerkowokomórkowego z przeważającym komponentem jasnokomórkowym; 2) nowotwór w stadium zaawansowanym (miejscowy nawrót lub przerzuty odległe), który nie kwalifikuje się do leczenia miejscowego; 3) udokumentowane niepowodzenie wcześniejszego leczenia antyangiogennego z wykorzystaniem wielokinazowych inhibitorów (sunitynib, pazopanib, sorafenib) stosowanego jako jedyne leczenie albo jako leczenie poprzedzone wcześniejszą immunoterapią cytokiną; 4) uprzednie wykonanie nefrektomii (radykalnej lub oszczędzającej); 5) zmiany możliwe do oceny według systemu odpowiedzi RECIST 1.1; 6) nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze radykalne leczenie, o ile utrzymuje się stan bezobjawowy);		

7) stan sprawności 80-100 wg skali Karnofsky'ego; 8) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 9) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem bielactwa, cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy (leczonej wyłącznie suplementacją hormonalną), łuszczycy niewymagającej leczenia systemowego, 10) niestosowanie systemowe leków steroidowych (w dawce przekraczającej 10 mg prednizonu na dobę lub równoważnej dawki innego leku steroidowego) lub leków immunosupresyjnych w ciągu ostatnich 14 dni przed rozpoczęciem leczenia niwolumabem (steroidy wziewne są dozwolone); 11) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych leczonych z założeniem paliatywnym (niezależnie od uzyskanej odpowiedzi) oraz nieuzyskanie całkowitej odpowiedzi w przypadku nowotworów leczonych z założeniem radykalnym; 12) negatywny wywiad w kierunku HIV lub AIDS; 13) nieobecność ostrych stanów zapalnych wątroby; 14) nieobecność przewlekłych stanów zapalnych wątroby, które w opinii lekarza mogą zagrażać bezpieczeństwu terapii niwolumabem; 15) nieobecność innych aktywnych schorzeń, które w opinii lekarza mogłyby maskować działania niepożądane niwolumabu, jak np. przewlekłe biegunki, ostre zapalenie uchyłków, przewlekłe zapalenie uchyłków w wywiadzie; 16) nieobecność istotnych klinicznie objawów toksyczności związanych z uprzednio stosowaną terapią przeciwnowotworową; 17) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi: a) wyniki badań czynności wątroby: – stężenie bilirubiny całkowitej nieprzekraczające 1,5- krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem pacjentów z zespołem Gilberta), – aktywność aminotransferaz: alaninowej (AlAT) i asparaginianowej (AspAT) w surowicy, nieprzekraczające 3-krotnie górnej granicy normy, b) wartość klirensu kreatyniny ≥ 30ml/min, c) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem: – liczba płytek krwi ≥ 105/mm3,		

– liczba leukocytów ≥ 2000/mm3, – bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych ≥ 1500/mm3, – stężenie hemoglobiny ≥ 9,5 g/dl; 18) nieobecność nadwrażliwości na przeciwciała monoklonalne w wywiadzie; 19) nieobecność stanów, które w opinii lekarza stanowią udokumentowane przeciwwskazanie do terapii niwolumabem; 20) wiek powyżej 18 roku życia. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **8.2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **8.3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) udokumentowana progresja w trakcie stosowania leku wg kryteriów RECIST 1.1; 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na niwolumab lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 3) ciąża i karmienie piersią; 4) wystąpienie toksyczności na tle immunologicznym zależnej od leczenia, m.in. (stopnie toksyczności zgodnie z NCI-CTCAE v4): a) zapalenie płuc stopnia 3. lub 4., b) biegunka lub zapalenie jelita grubego stopnia 4., c) zapalenie wątroby: zwiększenie aktywności AspAT, AlAT lub bilirubiny całkowitej stopnia 3. lub 4. (wzrost stężenia AspAT lub AlAT więcej niż 5 x w stosunku do górnej granicy normy lub wzrost stężenia całkowitej bilirubiny więcej niż 3 x w stosunku do górnej granicy normy), d) zapalenie nerek lub zaburzenia czynności nerek - wzrost stężenia kreatyniny stopnia 4.: więcej niż 6 x w stosunku do górnej granicy normy, e) endokrynopatie pochodzenia immunologicznego: niedoczynność tarczycy stopnia 4., nadczynność tarczycy stopnia 4., niedoczynność przysadki stopnia 4., niewydolność kory nadnerczy stopnia 3. lub 4., cukrzyca stopnia 4.,		

f) wysypka stopnia 4., g) działania niepożądane pochodzenia immunologicznego stopnia 2. lub 3., które utrzymują się pomimo modyfikacji leczenia lub w przypadku braku możliwości zredukowania dawki kortykosteroidów do 10 mg prednizonu na dobę lub równoważnej dawki innego leku; 5) utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności 70 lub niższy według skali Karnofsky'ego; 6) istotne pogorszenie jakości życia w trakcie stosowania leku. **9. Kontynuacja leczenia pacjentów po zakończeniu finansowania w ramach chemioterapii niestandardowej** 1) Z dniem 1 kwietnia 2018 r. do programu kwalifikowani mogą być pacjenci, których leczenie było finansowane do tego dnia w ramach programu chemioterapii niestandardowej. 2) Kwalifikacja, o której mowa w pkt 1, dotyczy leczenia tą samą substancją czynną, która była finansowana w ramach programu chemioterapii niestandardowej. 3) Pacjenci, o których mowa w pkt 1, nie muszą spełniać w chwili kwalifikacji innych kryteriów wymaganych do włączenia do programu. 4) Pacjenci, o których mowa w pkt 1, kontynuują leczenie w ramach programu do momentu podjęcia decyzji przez lekarza prowadzącego o zakończeniu leczenia danym lekiem.		

Załącznik B.12.

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

<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 colspan="3">Część I: Leczenie chorych na chłoniaka grudkowego obinutuzumabem (ICD – 10 C.82.0; C.82.1; C.82.7) – pierwsza linia.</td></tr>
<tr>
<td>1. Kryteria kwalifikacji
Do leczenia kwalifikowani są wcześniej nieleczeni pacjenci z chłoniakiem grudkowym spełniający łącznie wszystkie poniższe kryteria:
1) wiek ≥18 roku życia;
2) potwierdzony histologicznie zaawansowany chłoniak grudkowy (stadium II bulky, III, IV wg Ann Arbor);
3) stan ogólny według WHO 0 – 2.

2. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu
1) czynne zakażenie HBV lub HCV;
2) aktywność AST lub ALT przekraczająca ponad 5 razy wartość górnej granicy normy dla danego laboratorium;
3) stężenie bilirubiny przekraczające 3 razy wartość górnej granicy normy dla danego laboratorium;
4) niewydolność krążenia wg skali NYHA > II;
5) niewydolność wieńcowa wg skali CSS > II;</td>
<td>1. Dawkowanie
1) Chłoniak złośliwy typu grudkowego wymagający leczenia – leczenie indukcyjne
Leczenie indukcyjne (w skojarzeniu z chemioterapią - CHOP, CVP lub Bendamustyna)
Cykl 1
Obinutuzumab w dawce 1000 mg w skojarzeniu z chemioterapią podaje się w 1 dniu ((dopuszcza się rozdzielenie dawki -100 mg w 1. dniu i 900 mg w 2. dniu), 8. dniu i 15. dniu pierwszego cyklu leczenia.
Cykle 2-6 lub 2-8 (liczba cykli oraz ich długość zależna od zastosowanego schematu chemioterapii zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego)
Obinutuzumab w dawce 1000 mg w skojarzeniu z chemioterapią podaje się w 1. dniu każdego cyklu leczenia.
Leczenie indukcyjne obejmuje nie więcej niż 8 cykli.</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji
1) morfologia krwi obwodowej ze wzorem odsetkowym;
2) ocena wydolności nerek i wątroby (stężenie kreatyniny, eGFR, kwasu moczowego, AST, ALT, i bilirubiny całkowitej w surowicy krwi);
3) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH);
4) badania obrazowe, pozwalające na ocenę stopnia zaawansowania choroby (TK lub PET-TK lub NMR);
5) badanie histologiczne węzła chłonnego lub tkanki pozawęzłowej w tym ocena obecności antygenu CD20;
6) badania przesiewowe w kierunku WZW typu B, zawierające co najmniej testy w kierunku HbsAg i HbcAb, a w przypadku dodatniego wyniku HbsAg lub HBcAb badanie HBV-DNA;
7) badania przesiewowe w kierunku WZW typu C, zawierające co najmniej oznaczenie przeciwciał anty-HCV, a w przypadku dodatniego wyniku badania na obecność przeciwciał anty-HCV badanie HCV-RNA;
8) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym.
Badania stosownie do wskazań lekarskich podczas diagnostyki chłoniaka w danej lokalizacji.</td>
</tr>
</table>

6) inne czynne, ciężkie zakażenia; 7) ciąża. **3. Określenie czasu leczenia w programie** Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów włączenia i kryteriów wyłączenia z programu. Maksymalny czas leczenia indukcyjnego wynosi 6-8 cykli w zależności od zastosowanej chemioterapii, zaś maksymalny czas leczenia podtrzymującego wynosi 2 lata. **4. Kryteria wyłączenia z programu** 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na obinutuzumab, którykolwiek ze składników preparatu lub na białka mysie (reakcje związane z wlewem 4. stopnia wg CTCAE oraz powtórne wystąpienie reakcji związanych z wlewem stopnia 3.); 2) wystąpienie powikłań narządowych 4. stopnia, związanych z leczeniem obinutuzumabem; 3) progresja choroby w trakcie leczenia, oceniana po podaniu co najmniej 2 cykli leczenia; 4) rozpoznanie postępującej wieloogniskowej leukoencefalopatii (PML); 5) czynne zakażenie HBV lub HCV; 6) ciąża.	**2) Chłoniak złośliwy typu grudkowego – leczenie podtrzymujące** Obinutuzumab w dawce 1000 mg w monoterapii podaje się raz na 2 miesiące przez dwa lata lub do wystąpienia progresji choroby w trakcie leczenia podtrzymującego.	**2. Monitorowanie leczenia** Badania przeprowadzane przed każdym podaniem leku: 1) morfologia krwi obwodowej ze wzorem odsetkowym; 2) stężenie kreatyniny w surowicy krwi; 3) stężenie kwasu moczowego w surowicy krwi; 4) elektrolity (stężenie sodu i potasu); 5) aktywność AST, ALT; 6) stężenie bilirubiny w surowicy krwi. Badanie przeprowadzane po zakończeniu leczenia indukcyjnego lub w przypadku podejrzenia progresji choroby (nie wcześniej niż po 2 cyklach leczenia) 1) badania obrazowe, pozwalające na ocenę stopnia zaawansowania choroby (TK lub PET-TK lub NMR). **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (rejestrze SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub

		w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
Część II: Leczenie chorych na chłoniaka grudkowego obinutuzumabem (ICD – 10 C.82.0; C.82.1; C.82.7) – oporność lub progresja		
1. Kryteria kwalifikacji Do leczenia kwalifikowani są pacjenci z chłoniakiem grudkowym spełniający łącznie wszystkie poniższe kryteria: 1) wiek ≥18 roku życia; 2) potwierdzony histologicznie chłoniak złośliwy typu grudkowego; 3) brak odpowiedzi na leczenie lub progresja choroby podczas leczenia lub maksymalnie do 6 miesięcy po zakończeniu leczeniu rytuksymabem lub schematem zawierającym rytuksymab; 4) stan ogólny według WHO 0 – 2. **2. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu** 1) czynne zakażenie HBV lub HCV; 2) aktywność AST lub ALT przekraczająca ponad 5 razy wartość górnej granicy normy; 3) stężenie bilirubiny przekraczające 3 razy wartość górnej granicy normy; 4) niewydolność krążenia wg NYHA >II; 5) niewydolność wieńcowa wg CCS > II; 6) inne czynne, ciężkie zakażenia; 7) ciąża.	**1. Dawkowanie** **1) Chłoniak złośliwy typu grudkowego - leczenie indukcyjne** *Leczenie indukcyjne (w skojarzeniu z bendamustyną)* *Cykl 1* Obinutuzumab podaje się w skojarzeniu z bendamustyną w zalecanej dawce 1000mg w 1. dniu (dopuszcza się rozdzielenie dawki -100 mg w 1. dniu i 900 mg w 2. dniu), 8. dniu i 15. dniu pierwszego 28-dniowego cyklu leczenia. *Cykle 2-6* Zalecaną dawkę obinutuzumabu - 1000 mg w skojarzeniu z bendamustyną podaje się w 1. dniu każdego 28-dniowego cyklu leczenia. Bendamustynę w dawce 90 mg/m^2 podaje się dożylnie w 1. i 2. dniu każdego cyklu leczenia (*cykle 1-6*). Dopuszcza się redukcję dawki zgodnie z zapisem w ChPL. **2) Chłoniak złośliwy typu grudkowego - leczenie podtrzymujące** Obinutuzumab w dawce 1000 mg w monoterapii podaje się raz na 2 miesiące przez dwa lata lub do wystąpienia progresji choroby.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi obwodowej ze wzorem odsetkowym; 2) ocena wydolności nerek i wątroby (kreatynina, eGFR, kwas moczowy, AST, ALT, bilirubina całkowita); 3) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 4) badania obrazowe, pozwalające na ocenę stopnia zaawansowania choroby (TK lub PET-TK lub NMR); 5) badania przesiewowe w kierunku WZW typu B, zawierające co najmniej testy w kierunku HbsAg i HbcAb; a w przypadku dodatniego wyniku HBsAg lub HBcAb badanie HBV-DNA; 6) badania przesiewowe w kierunku WZW typu C, zawierające co najmniej oznaczenie przeciwciał anty-HCV, a w przypadku dodatniego wyniku badania na obecność przeciwciał anty-HCV badanie HCV-RNA; 7) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym. Badania stosownie do wskazań lekarskich podczas diagnostyki chłoniaka w danej lokalizacji. **2. Monitorowanie leczenia** Badania przeprowadzane przed każdym podaniem leku: 1) morfologia krwi obwodowej ze wzorem odsetkowym; 2) stężenie kreatyniny; 3) stężenie kwasu moczowego; 4) elektrolity (stężenie sodu i potasu);

3. Określenie czasu leczenia w programie Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów włączenia i kryteriów wyłączenia z programu. Maksymalny czas leczenia indukcyjnego wynosi 6 cykli, zaś maksymalny czas leczenia podtrzymującego wynosi 2 lata. **4. Kryteria wyłączenia z programu** 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na obinutuzumab, którykolwiek ze składników preparatu lub na białka mysie; (reakcje związane z wlewem 4. stopnia wg CTCAE oraz powtórne wystąpienie reakcji związanych z wlewem stopnia 3.); 2) wystąpienie powikłań narządowych 4. stopnia; 3) progresja choroby w trakcie leczenia oceniana po podaniu co najmniej 2 cykli leczenia; 4) potwierdzone rozpoznanie postępującej wieloogniskowej leukoencefalopatii; 5) czynne zakażenie HBV lub HCV; 6) ciąża.		5) aktywność AST, ALT; 6) stężenie bilirubiny. Badania przeprowadzane po zakończeniu leczenia indukcyjnego lub w przypadku podejrzenia progresji choroby (nie wcześniej niż po 2 cyklach leczenia): 1) badania obrazowe, pozwalające na ocenę stopnia zaawansowania choroby (TK lub PET-TK lub NMR). **2. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.14.

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

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową dazatynibem **1.1. Kryteria kwalifikacji** 1) przewlekła białaczka szpikowa z udokumentowaną obecnością genu BCR-ABL lub chromosomu Filadelfia (Ph+); 2) wiek powyżej 18 roku życia; 3) stan ogólny 0-2 według WHO; 4) świadczeniobiorcy w fazie przewlekłej i akceleracji, dotychczas leczeni imatinibem: a) u których występuje oporność na imatinib z obecnością mutacji innej niż T315I, b) którzy nie osiągnęli remisji hematologicznej po co najmniej 3 miesiącach leczenia imatynibem, c) u których brak jest częściowej odpowiedzi cytogenetycznej lub BCR-ABL >10% IS w 6 miesiącu leczenia imatynibem d) u których brak jest całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej lub BCR - ABL > 1% IS po 12 miesiącach leczenia imatynibem, e) którzy utracili osiągniętą wcześniej odpowiedź hematologiczną lub cytogenetyczną lub większą molekularną – BCR-ABL>0,1% IS, f) ze stwierdzoną progresją choroby, g) nietolerujący imatinibu; 5) świadczeniobiorcy w fazie przewlekłej i akceleracji dotychczas leczeni nilotynibem lub bosutynibem nietolerujący nilotynibu lub bosutynibu lub z niepowodzeniem leczenia nilotynibem lub bosutynibem	**1. Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową dazatynibem** Zalecana dawka początkowa dazatynibu w przewlekłej fazie PBSz wynosi 100 mg raz na dobę, podawane doustnie. Zalecana dawka początkowa dazatynibu w zaawansowanych fazach choroby wynosi 140 mg raz na dobę, podawane doustnie. Zaawansowane fazy PBSz obejmują fazę akceleracji, fazę przełomu blastycznego, który może być mieloblastyczny lub limfoblastyczny. Podobnie jest traktowana ostra białaczka limfoblastyczna z chromosomem filadelfijskim (Ph+ALL). W przypadku wystąpienia toksyczności niehematologicznej lub hematologicznej może być konieczne zaprzestanie podawania dazatynibu przez pewien czas lub zmniejszenie podawanej dawki, zgodnie z wytycznymi zawartymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego. **2. Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową nilotynibem.**	**1. Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową dazatynibem** **1.1. Badania przy kwalifikacji** a) morfologia krwi z rozmazem (leukocyty, płytki krwi, blasty), b) AspAT, AlAT, c) kreatynina, d) bilirubina, e) badanie cytogenetyczne szpiku lub badanie molekularne PCR na obecność genu BCR-ABL, f) badanie cytogenetyczne krwi (opcjonalnie), g) badanie cytologiczne szpiku (opcjonalnie). **1.2. Monitorowanie leczenia dazatynibem** Co dwa tygodnie - przez 12 tygodni, a następnie co 3 miesiące lub zgodnie ze wskazaniami medycznymi: a) morfologia krwi z rozmazem (leukocyty, płytki krwi, blasty), b) AspAT, AlAT, c) kreatynina, d) bilirubina. Badanie cytogenetyczne lub ilościowe molekularne: co 90 dni do uzyskania całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej

6) świadczeniobiorcy w fazie kryzy blastycznej, którzy wcześniej nie otrzymywali dazatynibu, nietolerujący lub nieodpowiadający na imatynib lub bosutynib.

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

1.2. Kryteria wyłączenia

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

1.3. Określenie czasu leczenia dazatynibem w programie

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

Zaleca się podawanie dawki 800 mg nilotynibu na dobę, podawanej w dwóch dawkach po 400 mg co około 12 godzin.

W przypadku wystąpienia toksyczności niehematologicznej lub hematologicznej może być konieczne zaprzestanie podawania nilotynibu przez pewien czas lub zmniejszenie podawanej dawki, zgodnie z wytycznymi zawartymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego.

3. Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową bosutynibem.

Zaleca się podawanie dawki 500 mg bosutynibu raz na dobę. Zwiększenie dawki do 600 mg raz na dobę jest dozwolone u pacjentów, u których nie wystąpiły ciężkie ani długotrwałe działania niepożądane o nasileniu umiarkowanym w sytuacji:

– nieosiągnięcie całkowitej odpowiedzi hematologicznej do tygodnia 8;
– nieosiągnięcie całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej do tygodnia 12.

W przypadku wystąpienia toksyczności niehematologicznej lub hematologicznej może być konieczne zaprzestanie podawania bosutynibu przez pewien czas lub zmniejszenie podawanej dawki zgodnie z zapisami zawartymi w ChPL leku Bosulif.

4. Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową ponatynibem

Rozpoczęcie leczenia dawką 45 mg raz na dobę doustnie zaleca się u chorych z mutacją T315I, mutacjami złożonymi lub progresją – CCyR lub BCR-ABL<1% IS, a następnie ilościowe badanie molekularne co 90 dni.

2. Leczzenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową nilotynibem

2.1. Badania przy kwalifikacji

a) morfologia krwi z rozmazem (leukocyty, płytki krwi, blasty),
b) AspAT, AlAT,
c) kreatynina,
d) bilirubina,
e) badanie cytogenetyczne szpiku lub badanie molekularne PCR na obecność genu BCR-ABL,
f) badanie cytogenetyczne krwi (opcjonalnie),
g) badanie cytologiczne szpiku (opcjonalnie),

2.2. Monitorowanie leczenia przewlekłej białaczki szpikowej nilotynibem

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

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

Badanie cytogenetyczne lub ilościowe molekularne: co 90 dni do uzyskania całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej – CCyR lub BCR-ABL<1% IS, a następnie ilościowe badanie molekularne co 90 dni.

2.3. Monitorowanie przewlekłej białaczki szpikowej u pacjentów z uzyskaną trwałą głęboką odpowiedzią molekularną w fazie odstawienia leczenia

to wcześniej zrobione, a pacjenci znajdują się w odpowiednim wieku należy rozpocząć poszukiwanie dawcy szpiku. **2. Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową nilotynibem** **2.1. Kryteria kwalifikacji** 1) przewlekła białaczka szpikowa z udokumentowaną obecnością genu BCR-ABL lub chromosomu Filadelfia (Ph+); 2) wiek powyżej 18 roku życia; 3) stan ogólny 0-2 według WHO; 4) świadczeniobiorcy w fazie przewlekłej i akceleracji, dotychczas leczeni imatinibem: a) u których występuje oporność na imatinib z obecnością mutacji innej niż T315I, b) którzy nie osiągnęli remisji hematologicznej po co najmniej 3 miesiącach leczenia imatynibem, c) u których brak jest częściowej odpowiedzi cytogenetycznej lub BCR-ABL >10% IS w 6 miesiącu leczenia imatynibem d) u których brak jest całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej lub BCR - ABL > 1% IS po 12 miesiącach leczenia imatynibem, e) którzy utracili osiągniętą wcześniej odpowiedź hematologiczną lub cytogenetyczną lub większą molekularną – BCR-ABL>0,1% IS, f) ze stwierdzoną progresją choroby, g) nietolerujący imatinibu, 5) świadczeniobiorcy w fazie przewlekłej i akceleracji dotychczas leczeni dazatynibem lub bosutynibem nietolerujący dazatynibu lub bosutynibu lub z niepowodzeniem leczenia dazatynibem lub bosutynibem. W razie rozpoznania oporności lub nietolerancji imatynibu, do lekarza prowadzącego należy wybór leku drugiego rzutu (dazatynib nilotynib albo bosutynib) w oparciu o wskazania medyczne. **2.2. Kryteria wyłączenia** 1) pojawienie się objawów nadwrażliwości na nilotynib;	PBSz do fazy akceleracji lub kryzy blastycznej. Rozpoczęcie leczenia dawką 30 mg raz na dobę lub 15 mg raz na dobę zaleca się u chorych nietolerujących uprzedniego leczenia inhibitorami kinaz tyrozynowych lub z opornością i współistniejącym podwyższonym ryzkiem powikłań w układzie sercowo – naczyniowym. U świadczeniobiorców, którzy osiągnęli przynajmniej częściową odpowiedź cytogenetyczną (odsetek komórek Ph(+) w szpiku <35%) lub BCR-ABL <10% [IS]* (MR1) można zredukować dawkę ponatynibu do 30 mg lub 15 mg/d w zależności od głębokości odpowiedzi i tolerancji leczenia. W przypadku wystąpienia toksyczności niehematologicznej lub hematologicznej może być konieczne zaprzestanie podawania ponatynibu przez pewien czas lub zmniejszenie podawanej dawki, zgodnie z wytycznymi zawartymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego.	U spełniających kryteria pacjentów, u których odstawiono leczenie nilotynibem konieczne jest monitorowanie: a) liczby kopii transkryptów BCR-ABL, b) morfologii krwi z rozmazem Badania należy wykonywać nie rzadziej niż co 4 tygodnie przez pierwsze 6 miesięcy od odstawienia nilotynibu, następnie co 6 tygodni przez kolejne 6 miesięcy, a później co 12 tygodni. Po ponownym włączeniu leczenia u pacjentów, którzy utracili większą odpowiedź molekularną (MMR) w trakcie fazy odstawienia leczenia nilotynibem konieczne jest monitorowanie: a) liczby kopii transkryptów BCR-ABL, b) morfologii krwi z rozmazem co 4 tygodnie do czasu odzyskania MMR, a następnie nie rzadziej niż co 3 miesiące Monitorowanie liczby i kopii transkryptów BCR-ABL musi być wykonywane za pomocą ilościowego badania molekularnego* **2. Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową bosutynibem** **2.1. Badania przy kwalifikacji** a) morfologia krwi z rozmazem (leukocyty, płytki krwi, blasty), b) AspAT, AlAT, c) kreatynina, d) bilirubina, e) badanie cytogenetyczne szpiku (opcjonalnie) f) badanie cytologiczne szpiku (opcjonalnie) g) badanie molekularne PCR na obecność genu BCR-ABL,

2) toksyczność powyżej 2 według WHO, zwłaszcza wystąpienie poważnych pozahematologicznych działań niepożądanych (3-krotny wzrost stężenia bilirubiny, 5-krotny wzrost aktywności aminotransferaz wątrobowych) lub hematologicznych działań niepożądanych (ciężka neutropenia lub małopłytkowość); 3) stan sprawności 3-4 według WHO; 4) brak skuteczności leku po 3 miesiącach stosowania leku: – brak remisji hematologicznej, – brak remisji cytogenetycznej mniejszej (definiowanej jako sytuacja, w której w szpiku są komórki Ph-, ale jest ich mniej niż 35 %); 5) brak całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej po 6 miesiącach lub BCR-ABL>1% IS; 6) znalezienie dawcy szpiku i podjęcie decyzji o wykonaniu zabiegu przeszczepienia szpiku u danego świadczeniobiorcy; 7) progresja choroby w trakcie stosowania leku wyrażająca się utratą odpowiedzi hematologicznej, utratą całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej lub zwiększeniem o 30% odsetka komórek z chromosomem Filadelfia u świadczeniobiorców z remisją cytogenetyczną mniejszą niż całkowita, pojawieniem się nowych aberracji chromosomalnych w klonie białaczkowym. **2.3. Określenie czasu leczenia nilotynibem w programie** Leczenie należy kontynuować tak długo, jak długo przynosi ono korzyść kliniczną dla pacjenta z uwzględnieniem kryteriów wyłączenia z programu. Jeżeli nie zostało to wcześniej zrobione, a pacjenci znajdują się w odpowiednim wieku należy rozpocząć poszukiwanie dawcy szpiku. Można rozważyć odstawienie leczenia u pacjentów, którzy uzyskali trwałą głęboką odpowiedź molekularną (przynajmniej MR4.0) podczas leczenia nilotynibem, po wcześniejszym leczeniu imatynibem (pkt. 2.4). **2.4. Kryteria odstawienia leczenia nilotynibem u pacjentów, którzy uzyskali trwałą głęboką odpowiedź molekularną (przynajmniej MR4.0) oraz warunki wznowienia leczenia** Można rozważyć zakończenie leczenia u pacjentów z PBSz w fazie przewlekłej z chromosomem Philadelphia (Ph+) spełniających łącznie poniższe kryteria:		**2.2. Monitorowanie leczenia bosutynibem** Raz w miesiącu (po uzyskaniu całkowitej remisji hematologicznej co 90 dni): a) morfologia krwi z rozmazem (leukocyty, płytki krwi, blasty), b) AspAT, AlAT, c) kreatynina, d) bilirubina. Badanie cytogenetyczne lub ilościowe molekularne: co 90 dni do uzyskania całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej CCyR lub BCR-ABL <1% [IS]*(MR^2), a następnie ilościowe badanie molekularne co 90 dni * **3. Leczenie przewlekłej białaczki szpikowej ponatynibem** **3.1. Badania przy kwalifikacji** a) morfologia krwi z rozmazem (leukocyty, płytki krwi, blasty), b) AspAT, AlAT, c) kreatynina, d) bilirubina, lipaza, trójglicerydy, cholesterol całkowity, cholesterol-HDL i -LDL e) badanie cytogenetyczne szpiku lub ilościowe badanie molekularne PCR na obecność genu BCR-ABL, f) badanie mutacji domeny kinazy ABL g) badanie cytogenetyczne krwi (opcjonalnie), h) badanie cytologiczne szpiku (opcjonalnie), **3.2. Monitorowanie leczenia przewlekłej białaczki szpikowej ponatynibem** Raz w miesiącu (po uzyskaniu całkowitej remisji hematologicznej co 90 dni):

1) w pierwszej linii leczenia stosowano imatynib 2) leczenie nilotynibem przez co najmniej 3 lata, 3) w tym głęboka odpowiedź molekularna utrzymuje się przez minimum jeden rok bezpośrednio przed planowanym odstawieniem leczenia. Pacjenci z utratą większej odpowiedzi molekularnej (MMR): BCR-ABL >0,1% [IS]* powinni wznowić leczenie nilotynibem w ciągu 4 tygodni od stwierdzenia utraty MMR. W przypadku, gdy pacjent nie toleruje procesu odstawienia leku, możliwy jest powrót do leczenia nilotynibem. **3. Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową bosutynibem** **3.1. Kryteria kwalifikacji** 1) przewlekła białaczka szpikowa z udokumentowaną obecnością genu BCR-ABL lub chromosomu Filadelfia (Ph+); 2) wiek powyżej 18 roku życia; 3) stan ogólny 0-2 według WHO; 4) świadczeniobiorcy w fazie przewlekłej lub akceleracji dotychczas leczeni imatinibem: a) u których występuje oporność na imatinib z obecnością mutacji innej niż T315I, b) którzy nie osiągnęli remisji hematologicznej po co najmniej 3 miesiącach leczenia imatynibem, c) u których brak jest częściowej odpowiedzi cytogenetycznej lub BCR-ABL >10% [IS]* (MR^1) w 6 miesiącu leczenia imatynibem d) u których brak jest całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej lub BCR-ABL >1% [IS]*(MR^2) po 12 miesiącach leczenia imatynibem, e) którzy utracili osiągniętą wcześniej odpowiedź hematologiczną, cytogenetyczną lub większą odpowiedź molekularną - BCR-ABL >0,1% [IS]* (MR^3) f) ze stwierdzoną progresją choroby, g) nietolerujący imatinibu, 5) świadczeniobiorcy w fazie przewlekłej, akceleracji lub kryzy blastycznej, u których podczas leczenia nilotynibem lub dazatynibem, wystąpiła		a) morfologia krwi z rozmazem (leukocyty, płytki krwi, blasty), b) AspAT, AlAT, c) kreatynina, d) bilirubina, lipaza, e) trójglicerydy, cholesterol całkowity, cholesterol-HDL i –LDL - tylko u chorych z wyjściowo nieprawidłowym wynikiem Badanie cytogenetyczne lub ilościowe molekularne : co 90 dni do uzyskania całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej – CCyR (BCR-ABL <1% [IS]*(MR^2)) a następnie ilościowe badanie molekularne co 90 dni.* **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

nietolerancja na nilotynib lub dazatynib lub nieodpowiadający na leczenie nilotynibem lub dazatynibem (zgodnie z rekomendacją European Leukemia Net i Polish Acute Leukemia Group), 6) świadczeniobiorcy w fazie kryzy blastycznej, którzy wcześniej nie otrzymywali bosutynibu, nietolerujący lub nieodpowiadający na imatynib -lub dazatynib (zgodnie z rekomendacją European Leukemia Net i Polish Acute Leukemia Group). W razie rozpoznania oporności lub nietolerancji imatynibu, do lekarza prowadzącego należy wybór leku drugiego rzutu (dazatynib, nilotynib albo bosutynib) w oparciu o wskazania medyczne. **3.2. Kryteria wyłączenia** 1) pojawienie się objawów nadwrażliwości na bosutynib; 2) utrzymywanie się działań niepożądanych powyżej 2 stopnia wg. WHO pomimo czasowej przerwy w podawaniu leku i zmniejszenia dawki – zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego 3) stan sprawności 3-4 według WHO; 4) brak skuteczności leczenia po 3 miesiącach stosowania leku: – brak remisji hematologicznej, – brak remisji cytogenetycznej mniejszej (definiowanej jako sytuacja, w której w szpiku są obecne komórki Ph(+), ale jest ich mniej niż 35 %); 5) brak całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej po 6 miesiącach lub BCR-ABL >1% [IS]* (MR^2) 6) znalezienie dawcy szpiku i podjęcie decyzji o wykonaniu zabiegu przeszczepienia szpiku u danego świadczeniobiorcy; 7) progresja choroby w trakcie stosowania leku wyrażająca się utratą odpowiedzi hematologicznej, utratą dotychczasowej odpowiedzi cytogenetycznej, pojawieniem się nowych aberracji chromosomalnych w klonie białaczkowym Filadelfia (Ph+) **3.3. Określenie czasu leczenia bosutynibem w programie** Leczenie należy kontynuować tak długo, jak długo przynosi ono korzyść kliniczną dla świadczeniobiorcy z uwzględnieniem kryteriów wyłączenia z programu. Jeżeli		

nie zostało to wcześniej zrobione, a świadczeniobiorcy znajdują się w odpowiednim wieku należy rozpocząć poszukiwanie dawcy szpiku. W ramach programu lekowego nie jest możliwe zastosowanie więcej niż 2 inhibitorów kinazy tyrozynowej drugiej generacji, jeśli stwierdza się oporność na te leki. W przypadku nietolerancji nilotynibu lub dazatynibu stosowanych w drugiej lub trzeciej linii leczenia można zastosować bosutynib jako kolejny inhibitor. W przypadku nietolerancji możliwe jest więc zastosowanie 3 inhibitorów drugiej generacji. **4. Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową ponatynibem** **4.1. Kryteria kwalifikacji** 1) przewlekła białaczka szpikowa z udokumentowaną obecnością genu BCR-ABL lub chromosomu Filadelfia (Ph+); 2) wiek powyżej 18 roku życia; 3) stan ogólny 0-2 według WHO; 4) świadczeniobiorcy w fazie przewlekłej, akceleracji lub kryzy blastycznej, u których występuje oporność na imatynib związana z wykrytą mutacją T315I lub oporność albo nietolerancja leczenia innymi inhibitorami kinazy tyrozynowej lub gdy zastosowanie innego niż ponatynib inhibitora kinazy tyrozynowej objętego refundacją w tych wskazaniach nie jest właściwe z powodów klinicznych. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni ponatynibem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **4.2. Kryteria wyłączenia** 1) pojawienie się objawów nadwrażliwości na ponatynib; 2) utrzymywanie się działań niepożądanych powyżej 2 stopnia wg. WHO pomimo czasowej przerwy w podawaniu leku i zmniejszenia dawki – zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego 3) stan sprawności 3-4 według WHO; 4) brak skuteczności leku po 3 miesiącach stosowania leku:		

– brak remisji hematologicznej, – brak remisji cytogenetycznej minimalnej (odsetek komórek Ph(+) w szpiku >95%) 5) brak częściowej remisji cytogenetycznej (odsetek komórek Ph(+) w szpiku >35%) po 6 miesiącach lub BCR-ABL >10% [IS]* (MR[1]) 6) znalezienie dawcy szpiku i podjęcie decyzji o wykonaniu zabiegu przeszczepienia szpiku u danego świadczeniobiorcy; 7) progresja choroby w trakcie stosowania leku wyrażająca się utratą odpowiedzi hematologicznej, utratą dotychczasowej odpowiedzi cytogenetycznej, pojawieniem się nowych aberracji chromosomalnych w klonie białaczkowym Filadelfia (Ph +) lub nowych mutacji ABL **4.3. Określenie czasu leczenia ponatynibem w programie** Leczenie należy kontynuować tak długo, jak długo przynosi ono korzyść kliniczną dla świadczeniobiorcy z uwzględnieniem kryteriów wyłączenia z programu. Jeżeli nie zostało to wcześniej zrobione, a świadczeniobiorcy znajdują się w odpowiednim wieku należy wszcząć procedurę kwalifikacji do leczenia przeszczepieniem komórek krwiotwórczych.		

*Badania wykonywane wyłącznie w laboratoriach, które uzyskały certyfikat standaryzacji oznaczania genu BCR/ABL wydawany przez PALG (Polish Adult Leukemia Group) lub Polskie Towarzystwo Genetyki Człowieka

Załącznik B.15.

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

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii pierwotnej i wtórnej profilaktyki krwawień oraz leczenia hemofilii powikłanej nowo powstałym krążącym antykoagulantem dokonuje Zespół Koordynujący ds. kwalifikacji i weryfikacji leczenia w programie zapobiegania krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B powołany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. **1. Moduł pierwotnej profilaktyki krwawień** **1.1.** Pierwotna profilaktyka krwawień u dzieci od 1. dnia życia z zachowaniem ciągłości leczenia do ukończenia 18. roku życia, z ciężką postacią hemofilii A lub B, o poziomie aktywności czynników krzepnięcia VIII lub IX równym lub poniżej 1% poziomu normalnego. Substancja czynna finansowana w ramach pierwotnej profilaktyki krwawień – koncentraty osoczopochodnych (ludzkich) czynników krzepnięcia, odpowiednio, czynnika VIII lub czynnika IX oraz koncentraty rekombinowanego czynnika krzepnięcia VIII lub koncentraty rekombinowanego czynnika krzepnięcia VIII o przedłużonym działaniu. **1.2.** Pierwotna profilaktyka krwawień dzieci z ciężką postacią hemofilii A i B nowozdiagnozowanych, wcześniej nie leczonych czynnikami osoczopochodnymi (ludzkimi).	**1. Pierwotna profilaktyka krwawień** 1) czynnik VIII osoczopochodny, czynnik VIII rekombinowany, czynnik VIII rekombinowany o przedłużonym działaniu: a) dzieci do ukończenia 2. roku życia – 100-700 j.m./kg m. c. na 28 dni (4 tygodnie); b) dzieci powyżej 2. roku życia – 140-700 j.m./kg m. c. na 28 dni (4 tygodnie). 2) czynnik IX osoczopochodny: 100-400 j. m./kg m. c. na 28 dni (4 tygodnie). 3) czynnik IX rekombinowany, czynnik IX rekombinowany o przedłużonym działaniu: 120-480 j.m./kg m. c. na 28 dni (4 tygodnie). **2. Wtórna profilaktyka krwawień** 1) czynnik VIII osoczopochodny: a) dzieci do ukończenia 2. roku życia, 200-	**1.** W ramach kwalifikacji świadczeniobiorcy do udziału w programie, na podstawie decyzji lekarza lokalnego lub regionalnego centrum leczenia hemofilii, wykonuje się następujące badania: 1) badania przesiewowe: a) czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (aPTT), b) czas protrombinowy (PT), c) czas trombinowy (TT); 2) wykonanie testu korekcji osoczem prawidłowym; 3) ocena aktywności czynników krzepnięcia I, VIII i IX, von Willebranda (vWFRCo), XI, XII; 4) antygen czynnika von Willebranda (vWFAg); 5) ocena miana inhibitora czynnika VIII i IX u dzieci uprzednio leczonych (test Bethesda w modyfikacji Nijmegen); 6) wykonanie badań wirusologicznych (w tym HCV PCR, HBV PCR u chorych z obecnymi przeciwciałami anty HCV, HBV PCR u chorych z dodatnim antygenem HBs) 7) morfologia krwi. W związku z realizacją modułów programu, inne niż wymienione w pkt 1-7 badania, są wykonywane na podstawie indywidualnych decyzji Zespołu Koordynującego ds. kwalifikacji i weryfikacji

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. – koncentraty osoczopochodnych (ludzkich) czynników krzepnięcia oraz koncentraty rekombinowanego czynnika krzepnięcia VIII lub koncentraty rekombinowanego czynnika krzepnięcia VIII o przedłużonym działaniu;
2) dla grupy określonej w ust. 1.2. – koncentraty rekombinowanych czynników krzepnięcia minimum drugiej generacji lub 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:

1) dla grupy określonej w ust. 1.1. – koncentraty osoczopochodnych (ludzkich) czynników krzepnięcia oraz koncentraty rekombinowanego czynnika krzepnięcia VIII lub koncentraty rekombinowanego czynnika krzepnięcia VIII o przedłużonym działaniu;
2) dla grupy określonej w ust. 1.2. – koncentraty

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:

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.

Dawkowanie czynnika IX osoczopochodnego:

1) pierwsza doba: 50 do 80 j.m./kg m. c., co

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.

rekombinowanych czynników krzepnięcia minimum drugiej generacji lub o przedłużonym działaniu. **2.2.** Zapewnienie koncentratów czynników krzepnięcia, odpowiednio, czynnika VIII lub czynnika IX dla dzieci, u których konieczne jest założenie centralnego dostępu żylnego: 1) dla grupy określonej w ust. 1.1. – koncentraty osoczopochodnych (ludzkich) czynników krzepnięcia oraz koncentraty rekombinowanego czynnika krzepnięcia VIII lub koncentraty rekombinowanego czynnika krzepnięcia VIII o przedłużonym działaniu; 2) dla grupy określonej w ust. 1.2. – koncentraty rekombinowanych czynniki krzepnięcia minimum drugiej generacji lub 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. 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 niższym lub równym 5 B.U. w przypadku przetrwania inhibitora powyżej 6 miesięcy) zakwalifikowani na podstawie	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. 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. 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.	**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). **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 centrum leczenia hemofilii).

decyzji Zespołu Koordynującego ds. kwalifikacji i weryfikacji leczenia w programie zapobiegania krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B; 2) pacjenci uprzednio zakwalifikowani do programu, jednak stwierdzenie obecności inhibitora dotyczy okresu prowadzonej profilaktyki, która miała miejsce po dniu 15 stycznia 2010 r. **4. Kryteria wyłączenia** Stwierdzenie obecności inhibitora (krążącego antykoagulantu o mianie powyżej 5 B.U. oraz o mianie niższym lub równym 5 B.U. w przypadku przetrwania inhibitora powyżej 6 miesięcy). **5. Kryteria zakończenia udziału w programie lub module programu** (dotyczy przyczyn, z powodu których udział pacjenta – uprzednio zakwalifikowanego – w przedmiotowym programie musi zostać zakończony): 1) stwierdzenie obecności nowo powstałego inhibitora (powyżej 5 B.U.) lub utrzymywanie się inhibitora w mianie niższym lub równym 5 B.U. przez ponad 6 miesięcy; 2) ukończenie 18. roku życia. **6. Określenie czasu leczenia w programie** 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. Monitorowanie programu** 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia. 2) Uzupełnienie przez lekarza prowadzącego lub Zespół Koordynujący danych zawartych w rejestrze (Elektroniczny System Monitorowania Programów Lekowych) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, nie rzadziej niż co 3 miesiące oraz na zakończenie leczenia. 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.17.

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

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

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

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

Załącznik B.18.

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

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

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

Załącznik B.19.

LECZENIE NISKOROSŁYCH DZIECI Z SOMATOTROPINOWĄ NIEDOCZYNNOŚCIĄ PRZYSADKI (ICD-10 E 23)

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. **1.Kryteria kwalifikacji** 1) niskorosłość, tj. wysokość ciała poniżej 3 centyla dla płci i wieku, na siatkach centylowych dla populacji dzieci polskich; 2) upośledzone tempo wzrastania, poniżej -1 SD w odniesieniu do tempa wzrastania populacji dzieci polskich (wymagany jest co najmniej 6-miesięczny okres obserwacji w ośrodku uprawnionym do terapii hormonem wzrostu), z określeniem przewidywanego wzrostu ostatecznego, metodą Baley-Pineau; 3) opóźniony wiek kostny, oceniany metodą Greulich'a-Pyle; 4) wykluczenie innych, aniżeli SNP, przyczyn niskorosłości (niedokrwistość, niedoczynność tarczycy, zaburzenia wchłaniania i trawienia jelitowego, obciążenia dotyczące przebiegu ciąży i porodu, itp.); 5) niski wyrzut hormonu wzrostu (poniżej 10 ng/ml) w 2. godzinnym teście nocnego wyrzutu tego hormonu (co najmniej 5 pomiarów stężeń hormonu wzrostu - test przesiewowy); 6) obniżony wyrzut hormonu wzrostu (poniżej 10 ng/ml) w	**1. Dawkowanie** Somatotropina podawana codziennie wieczorem w dawce: 0,1 - 0,33mg (0,3 - 1,0 IU)/kg m.c. /tydzień.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) stężenie IGF-1; 2) stężenie witaminy 25OH wit. D lub wit. $1,25(OH)_2D_3$; 3) stężenie Ca całkowitego i Ca^{2+} we krwi; 4) stężenie fosforanów we krwi; 5) stężenie fosforanów w moczu; 6) stężenie wapnia w moczu. Badania wykonywane według standardów diagnozowania świadczeniobiorców z somatotropinową lub wielohormonalną niedoczynnością przysadki (SNP/WNP). **2. Monitorowanie leczenia** **2.1 Po 90 dniach** 1) pomiar stężenia IGF-1. **2.2 Co 90 dni** 1) próba zagęszczenia moczu z ewentualną korektą dawki hormonu antydiuretycznego (dotyczy niektórych świadczeniobiorców z WNP - najczęściej po zabiegach neurochirurgicznych z moczówką prostą); 2) test stymulacji wydzielania gonadotropin (z użyciem preparatu do stymulacji wydzielania gonadotropin - 4 pomiary stężeń FSH i LH oraz 1 pomiar stężeń estrogenów i androgenów) - dotyczy świadczeniobiorców z opóźnionym lub przedwczesnym pokwitaniem). **2.2 Co 180 dni** 1) pomiar stężenia glukozy we krwi z pomiarem odsetka

dwóch, niezależnych testach stymulacji sekrecji tego hormonu (z uwagi na ryzyko powikłań testy te można wykonywać jedynie u dzieci powyżej 2 roku życia); 7) nawracające stany hipoglikemii w okresie noworodkowym lub niemowlęcym, szczególnie u dzieci z wadami linii pośrodkowej twarzoczaszki; 8) nieprawidłowości okolicy podwzgórzowo-przysadkowej (TK z kontrastem, MRI). **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia z programu:** 1) złuszczenia głowy kości udowej; 2) pseudo-tumor cerebri; 3) cukrzyca; 4) ujawnienia lub wznowy choroby rozrostowej; 5) brak zgody pacjenta na kontynuację leczenia; 6) niezadowalający efekt leczenia, tj. przyrost wysokości ciała świadczeniobiorcy leczonego hormonem wzrostu poniżej 3 cm/rok (nie dotyczy dziewcząt z dojrzałością szkieletu powyżej 14 lat i chłopców z dojrzałością szkieletu powyżej 16 lat); 7) osiągnięcie wieku kostnego: a) powyżej 16 lat przez dziewczynkę, b) powyżej 18 lat przez chłopca.		glikowanej hemoglobiny A_{1C} lub co 365 dni: 2) test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii. **2.3 Co 180 dni** 1) pomiar stężenia TSH; 2) pomiar stężenia IGF-1; 3) pomiar stężenia fT_4; 4) w zależności od potrzeb: a) stężenie witaminy 25OH wit. D lub wit. $1,25(OH)_2D_3$; b) jonogram w surowicy krwi (co najmniej pomiar stężenia Na^+, fosforanów oraz Ca całkowitego i Ca^{2+}); c) stężenie fosforanów w moczu; d) stężenie wapnia w moczu. **2.4 Co 365 dni** 1) RTG śródręcza z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego); 2) przy podejrzeniu złuszczenia głowy kości udowej: a) konsultacja ortopedyczna, b) RTG lub USG stawów biodrowych, c) poszerzone o TK lub MRI stawów biodrowych; 3) w przypadku wystąpienia objawów pseudo-tumor cerebri: a) konsultacja okulistyczna, b) konsultacja neurologiczna, c) obrazowanie ośrodkowego układu nerwowego TK z kontrastem lub MRI; 4) w przypadku podejrzenia lub wznowy choroby rozrostowej lub innych poważnych powikłań: a) konsultacja okulistyczna, b) konsultacja neurologiczna, c) konsultacja neurochirurgiczna, d) morfologia krwi z rozmazem,

		e) TK z kontrastem lub MRI OUN, f) inne konsultacje i badania w zależności od potrzeb; **2.5 Badania po zakończeniu terapii hormonem wzrostu** 1) miesiąc po zakończeniu terapii hormonem wzrostu test stymulacji wydzielania GH insuliną (8 pomiarów stężeń GH) przed przekazaniem świadczeniobiorców pod opiekę poradni endokrynologii dla osób dorosłych). Badania są wykonywane według standardów diagnozowania świadczeniobiorców z somatotropinową lub wielohormonalną niedoczynnością przysadki (SNP/WNP). **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.20.

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

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Świadczeniobiorców do programu kwalifikuje, według standardów diagnozowania pacjentów z ciężkim pierwotnym niedoborem insulinopodobnego czynnika wzrostu-1, Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. **1.Kryteria kwalifikacji** 1) skrajna niskorosłość, tj. wysokość ciała poniżej -3 SD w odniesieniu do płci i wieku, na siatkach centylowych dla populacji dzieci polskich; 2) stężenie IGF-1 poniżej -2,5 SDS w odniesieniu do płci i wieku; 3) prawidłowe stężenie GH (w teście krótkiego nocnego wyrzutu tego hormonu - co najmniej 5 pomiarów stężeń hormonu wzrostu, w uzasadnionych przypadkach poszerzone o wykonanie dwóch testów stymulacji sekrecji tego hormonu); 4) wykluczenie innych, aniżeli ciężki pierwotny niedobór IGF-1, przyczyn niskorosłości (niedokrwistość, choroby wątroby, niedoczynność tarczycy, zaburzenia wchłaniania i trawienia jelitowego, obciążenia dotyczące przebiegu ciąży i porodu, itp.); 5) rozpoznanie ciężkiego pierwotnego niedoboru IGF-1 potwierdzone testem generacji somatomedyn; 6) w przypadkach wątpliwych badania molekularne w kierunku rozpoznania mutacji w obrębie receptora hormonu	**1. Dawkowanie** Mecaserminum podawane jest w dawce 0,04 - 0,12 mg/kg masy ciała dwa razy na dobę.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) pomiar stężenia IGF-1; 2) pomiar stężenia $IGFBP_3$; 3) pomiar stężenia glukozy we krwi; 4) test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii; 5) pomiar odsetka glikowanej hemoglobiny HbA_{1c}; 6) pomiar stężenia TSH, pomiar stężenia fT_4; 7) jonogram surowicy krwi (co najmniej pomiar stężenia Na+); 8) konsultacja laryngologiczna z audiogramem; 9) konsultacja kardiologiczna z USG układu sercowo-naczyniowego; 10) konsultacja okulistyczna (w zależności od potrzeb); 11) RTG śródręcza z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego); 12) obrazowanie ośrodkowego układu nerwowego (TK z kontrastem lub MRI). **2. Monitorowanie leczenia** **2.1 30 dni po rozpoczęciu leczenia** 1) pomiar stężenia IGF-1; 2) pomiar stężenia $IGFBP_3$; 3) pomiar stężenia glukozy we krwi; 4) test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii

wzrostu, mutacji genu kodującego syntezę IGF-1 lub promotora tego genu.

2. Określenie czasu leczenia w programie

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

3. Kryteria wyłączenia z programu lub czasowego zaprzestania terapii preparatem rhIGF-1

1) nawracające, zagrażające życiu stany hipoglikemii;
2) złuszczenia głowy kości udowej;
3) pseudo-tumor cerebri;
4) ujawnienia lub wznowy choroby rozrostowej;
5) brak zgody pacjenta na kontynuację leczenia;
6) niezadowalający efekt leczenia, tj. przyrost wysokości ciała pacjenta leczonego za pomocą rhIGF-1 < 3 cm/rok;
7) osiągnięcie wieku kostnego:
   a) powyżej 14 lat przez dziewczynkę,
   b) powyżej 16 lat przez chłopca.

lub

5) pomiar odsetka glikowanej hemoglobiny $HbA_{1c.}$

2.2 Co 90 dni

1) pomiar stężenia IGF-1;
2) pomiar stężenia IGFBP3;
3) pomiar stężenia glukozy we krwi.

2.3 Co 180 dni

1) pomiar stężenia TSH;
2) pomiar stężenia fT4;
3) jonogram surowicy krwi (co najmniej pomiar stężenia Na+);
4) pomiar odsetka glikowanej hemoglobiny HbA1c. lub co 365 dni
5) test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii

2.5 Co 365 dni

1) konsultacja laryngologiczna z audiogramem;
2) konsultacja kardiologiczna z USG układu sercowo-naczyniowego;
3) RTG śródręcza z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego);
4) obrazowanie ośrodkowego układu nerwowego (TK z kontrastem lub MRI) - w zależności od potrzeb.

3. Monitorowanie programu

1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, nie rzadziej niż co

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

Załącznik B.21.

LECZENIE CIĘŻKICH WRODZONYCH HIPERHOMOCYSTEINEMII (ICD-10 E 72.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji pacjentów do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia co 6 miesięcy odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. **1. Kryteria kwalifikacji** Leczenie następujących niedoborów enzymatycznych: beta-syntazy cystationiny (CBS), reduktazy 5,10-metylenotetrahydrofolianu (MTHFR) oraz niektórych zaburzeń metabolizmu kofaktora kobalaminy (cbl C,D,E,F,G): 1) wysoki poziom homocysteiny we krwi, tj. > 50 µmol/l, oraz nieprawidłowy poziom metioniny, tj. < 5 lub > 40 µmol/l, po wykluczeniu niedoboru witaminy B_{12} i kwasu foliowego. W przypadku niedoborów witaminy B_{12} lub kwasu foliowego należy dokonać powtórnej oceny poziomu homocysteiny i metioniny po uzupełnieniu niedoborów; 2) w przypadku rozpoznania homocystynurii klasycznej (deficyt CBS) negatywny wynik testu obciążenia witaminą B_6 (pirydoksyną). Za negatywny wynik testu należy rozumieć brak redukcji lub redukcję mniejszą niż 30% od stanu wyjściowego poziomu homocysteiny lub metioniny; kolejno w pierwszej dobie po podaniu doustnym 100 mg pirydoksyny, w przypadku braku reakcji w drugiej dobie należy podać 200 mg pirydoksyny. Jeżeli nadal brak reakcji w trzeciej dobie testu zalecane jest 500 mg (u	**1. Dawkowanie** 1.1 Zalecana dawka dobowa betainy bezwodnej u pacjentów dorosłych i dzieci w wieku powyżej 10 lat wynosi 6 g. Preparat podaje się doustnie, dwa razy na dobę, w dawkach podzielonych po 3 g. W ciężkich postaciach deficytu MTHFR może wystąpić konieczność zwiększenia dawki do 9 g betainy na dobę. 1.2 U dzieci w wieku poniżej 10 lat zwykle skuteczne jest dawkowanie 100 mg/kg mc/dobę w 2 dawkach podzielonych; zwiększenie dawkowania ponad 2 razy na dobę lub zwiększenie wielkości dawki ponad 150 mg/kg mc/dobę nie jest zalecane, bo nie zwiększa skuteczności leczenia.	**1. Badania przy kwalifikacji:** 1) poziom homocysteiny całkowitej we krwi; 2) poziom metioniny we krwi (aminoacydogram); 3) morfologia krwi; 4) stężenie witaminy B_{12} i kwasu foliowego we krwi; 5) profil kwasów organicznych moczu metodą GC/MS z ilościową oceną wydalania kwasu metylomalonowego; 6) profil acylokarnityn metodą MS/MS; 7) MRI OUN; 8) konsultacja neurologiczna; 9) badanie psychologiczne, z oceną ilorazu inteligencji; 10) badanie densytometryczne kośćca (dla pacjentów powyżej 5 roku życia); 11) konsultacja okulistyczna, z oceną narządu wzroku w lampie szczelinowej (jeśli pacjent nie przebył lansektomii). **2. Monitorowanie leczenia raz na 180 dni:** 1) poziom homocysteiny całkowitej we krwi; 2) poziom metioniny we krwi (aminoacydogram); 3) morfologia krwi; 4) stężenie witaminy B_{12}, kwasu foliowego, witaminy $250HD_3$ we krwi; 5) poziom Ca, PO_4^{3-}, fosfatazy alkalicznej we krwi; 6) badanie psychologiczne, z oceną ilorazu inteligencji; 7) badanie densytometryczne kośćca (dla pacjentów powyżej 5 roku życia);

dzieci do 3 roku życia dawka pirydoksyny w trzeciej dobie testu wynosi 300 mg). Poziomy homocysteiny i metioniny powinny być oznaczane 24 godziny po każdej dawce witaminy B_6; 3) w przypadku niejednoznacznych wyników badań biochemicznych wskazane jest potwierdzenie rozpoznania badaniem enzymatycznym, analizą komplementarności w fibroblastach skóry lub analizą DNA. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia:** 1) wystąpienie nadwrażliwości na betainę; 2) pozytywny wynik testu z witaminą B6 - pacjenci z tym typem homocystynurii witaminoB6-zależnej odpowiadają bowiem na leczenie pirydoksyną w stopniu zadowalającym i nie wymagają dodatkowej podaży betainy; 3) dyskwalifikacja z powodu działań niepożądanych leku, w tym wystąpienia obrzęku mózgu związanego z wysokim poziomem metioniny we krwi > 1000 µmol/l u pacjentów z homocystynurią klasyczną (deficyt CBS); 4) stwierdzenie nieskuteczności leczenia - weryfikacji skuteczności leczenia dokonuje co 6 miesięcy Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii; 5) ciąża lub karmienie piersią.		8) konsultacja neurologiczna; 9) konsultacja dietetyczna. W przypadku napadowych objawów neurologicznych konieczne są aktualne badania MRI OUN lub EEG (zależnie od objawów). Okresowej skuteczności terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich po przedstawieniu przez lekarza prowadzącego wymaganych kart monitorowania pacjenta. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.22.

LECZENIE CHOROBY POMPEGO (ICD-10 E 74.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się, co 6 miesięcy, w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. **1. Kryteria kwalifikacji** Klasyczna postać (wczesna, typ niemowlęcy) oraz nieklasyczna postać (późna, *late-onset*) choroby Pompego, zdiagnozowana na podstawie udokumentowanego deficytu aktywności alfa-glukozydazy w leukocytach krwi obwodowej lub fibroblastach skóry, potwierdzona badaniem molekularnym. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.	**1. Dawkowanie** Dawka preparatu alglukozydazy alfa wynosi 20 mg/kg masy ciała, podawana raz na dwa tygodnie, w postaci infuzji. Lek należy podawać stopniowo. Zaleca się rozpoczęcie wlewu z szybkością 1 mg/kg m.c./h i stopniowe zwiększanie szybkości podawania leku o 2 mg/kg m.c./h, co 30 minut, do osiągnięcia maksymalnej szybkości 7 mg/kg m.c./h, jeśli nie wystąpią niepożądane reakcje związane z infuzją. Podawanie leku powinno być nadzorowane przez lekarza posiadającego doświadczenie w diagnozowaniu i leczeniu choroby Pompego lub dziedzicznych zaburzeń metabolizmu. Z uwagi na możliwość występowania objawów niepożądanych, z wstrząsem włącznie, lek należy podawać przy bezpośrednim dostępie do leków, sprzętu i aparatury ratującej życie.	**1. Badania przy kwalifikacji** **1.1. Postać klasyczna choroby** 1) wykazanie braku lub głębokiego niedoboru aktywności alfa-glukozydazy w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzone badaniem molekularnym; 2) ocena miana CRIM (*cross-reactive immunological material*) – wynik badania nie jest konieczny do rozpoczęcia leczenia, ale jest uzupełniany w karcie pacjenta oraz w rejestrze SMPT niezwłocznie po jego uzyskaniu; 3) morfologia krwi z rozmazem; 4) układ krzepnięcia (INR, APTT); 5) aktywność enzymów wątrobowych: AlAT, AspAT; 6) aktywność CK, CK-MB; 7) gazometria; 8) USG jamy brzusznej z oceaną wątroby; 9) pomiary antropometryczne; 10) ciśnienie tętnicze krwi; 11) EKG; 12) USG serca; 13) RTG klatki piersiowej; 14) konsultacja pulmonologiczna;

3. Kryteria wyłączenia 1) ciąża lub laktacja; 2) 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; 3) Znaczna progresja choroby pojawiająca się pomimo leczenia, szczególnie wymagająca użycia respiratora zastępującego oddech pacjenta przez 24h/dobę przy braku stabilizacji lub poprawy w okresie 3 miesięcy.		15) konsultacja neurologiczna; 16) konsultacja kardiologiczna. **1.2. Postać nieklasyczna choroby** 1) wykazanie braku lub głębokiego niedoboru aktywności alfa-glukozydazy w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzone badaniem molekularnym; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) układ krzepnięcia (INR, APTT); 4) aktywność enzymów wątrobowych: AlAT, AspAT, GGTP; 5) stężenie CK, CK-MB; 6) gazometria; 7) USG jamy brzusznej; 8) RTG kręgosłupa (odcinek piersiowy i lędźwiowy); 9) pomiary antropometryczne; 10) ciśnienie tętnicze krwi; 11) EKG; 12) USG serca; 13) RTG klatki piersiowej; 14) konsultacja pulmonologiczna (z oceną wydolności oddechowej); 15) badanie spirometryczne w pozycji siedzącej i stojącej (jeśli stan kliniczny pacjenta pozwala na wykonanie badania); 16) konsultacja laryngologiczna; 17) badanie audiometryczne; 18) badanie okulistyczne; 19) konsultacja ortopedyczna (z oceną statyki kręgosłupa);

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

		14) konsultacja pulmonologiczna. **2.1.2. Postać nieklasyczna choroby** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) aktywność enzymów wątrobowych: AlAT, AspAT; 3) stężenie CK, CK-MB; 4) saturacja krwi; 5) gazometria; 6) badanie spirometryczne (jeśli stan kliniczny pacjenta pozwala na wykonanie badania); 7) pomiary antropometryczne; 8) ciśnienie tętnicze krwi; 9) EKG; 10) USG serca 11) test 3/6 minutowego marszu (jeśli stan kliniczny pacjenta pozwala na wykonanie badania); 12) konsultacja neurologiczna (z oceną siły mięśniowej np. za pomocą dynamometru); 13) konsultacja kardiologiczna. **2.2. Co 365 dni** **2.2.1. Postać klasyczna choroby** 1) badanie miana przeciwciał przeciwko alglukozydazie alfa (badanie nieobligatoryjne – zalecane przez Zespół Koordynacyjny). **2.2.2. Postać nieklasyczna choroby** 1) badanie miana przeciwciał przeciwko alglukozydazie alfa (badanie nieobligatoryjne – zalecane przez Zespół Koordynacyjny); 2) konsultacja ortopedyczna (opcjonalnie RTG odcinka piersiowego lub lędźwiowego kręgosłupa);

		3) ocena sprawności ruchowej za pomocą wskaźnika Barthel; 4) konsultacja pulmonologiczna; 5) RTG klatki piersiowej; 6) konsultacja laryngologiczna (w tym audiologia). **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.23

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

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji chorych do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia co 6 miesięcy odbywa się, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. **1. Leczenie choroby Gauchera typu I imiglucerazą albo welaglucerazą alfa albo eliglustatem oraz choroby Gauchera typu III imiglucerazą** **1.1. Kryteria kwalifikacji** 1) Brak lub znaczny niedobór aktywności β-glukocerebrozydazy w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzony badaniem molekularnym; 2) Pacjenci w wieku ≥18 lat z typem I choroby Gauchera ze słabym (PM), średnim (IM) lub szybkim (EM) metabolizmem z udziałem izoenzymu CYP2D6 - dotyczy terapii eliglustatem; 3) Refundowane jest leczenie świadczeniobiorców z typem I choroby w przypadku terapii imiglucerazą albo welaglucerazą alfa albo eliglustatem oraz z typem III choroby w przypadku terapii imiglucerazą; 4) Nie jest refundowane leczenie świadczeniobiorców z asymptomatyczną (bezobjawową) postacią choroby Gauchera; Do programu włączane są, bez konieczności ponownej kwalifikacji, pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą lub chorzy	**1. Imigluceraza** Dawka imiglucerazy zależy od ciężkości objawów i wynosi 15-60 U/kg m.c. podawanych co 14 ±3 dni w postaci jednogodzinnych wlewów dożylnych. W przypadku braku efektywności zastosowanej dawki po 6 mies. terapii dawkę imiglucerazy można zwiększyć do maksymalnej dawki, t.j. do 60 U/kg m.c. podawanych co 14 ±3 dni. **2. Welaglucerazą alfa** Zalecana dawka leku wynosi 60 jednostek/kg i jest podawana co 14 ± 3 dni. Dawka leku może być zmodyfikowana od 15 do 60 jednostek/kg podawane co 14 ± 3 dni indywidualnie dla każdego pacjenta. Maksymalna dawka leku wynosi 60 jednostek/kg podawana co 14 ± 3 dni. **3. Eliglustat** U pacjentów ze średnim (IM) i szybkim metabolizmem (EM) zalecana dawka eliglustatu to 84 mg dwa razy na dobę. U pacjentów ze słabym metabolizmem (PM) zalecana dawka eliglustatu to 84 mg raz na dobę. W przypadku pominięcia dawki, należy przyjąć	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) Stwierdzenie braku lub znacznego niedoboru aktywności enzymu β-glukocerebrozydazy w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzone wynikiem badania molekularnego (nie dotyczy pacjentów wcześniej leczonych); 2) Oznaczenie aktywności cytochromu CYP2D6 (wyłączenie przy kwalifikacji do terapii eliglustatem); 3) Morfologia krwi pełna z rozmazem; 4) Układ krzepnięcia: APTT, INR; 5) Próby wątrobowe: AlAT, AspAT, bilirubina; 6) Aktywność fosfatazy alkalicznej; 7) Stężenia witaminy D, B12, E; 8) Stężenie cholesterolu; 9) Chitotriozydaza; 10) USG jamy brzusznej, z określeniem wielkości wątroby i śledziony; 11) Pomiary antropometryczne (co najmniej masy i wysokości ciała); 12) Badanie densytometryczne kości (DEXA); 13) MRI kości długich (badanie obligatoryjne jedynie u pacjentów z nieprawidłowościami układu kostno-stawowego lub w przypadku pojawienia się dolegliwości bólowych); 14) EKG, w przypadku kwalifikacji do terapii eliglustatem EKG z oceną skorygowanego odstępu QT (QTc);

wyłączeni z programu w związku z czasowymi przeciwwskazaniami.

1.2. Określenie czasu leczenia w programie

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

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

1.3. Kryteria wyłączenia

1) Wystąpienie objawów nadwrażliwości na imiglucerazę albo welaglucerazę alfa albo eliglustat;
2) Znaczna progresja choroby pomimo podjętego leczenia;
3) Ciąża albo laktacja - dotyczy terapii eliglustatem;
4) Pacjenci z typem II choroby. Ponadto w przypadku terapii welaglucerazą alfa albo eliglustatem pacjenci z III typem choroby;
5) Dzieci poniżej 2 roku życia (dotyczy terapii welaglucerazą alfa);
6) Brak współpracy pacjenta przy realizacji programu;
7) Stosowanie leków metabolizowanych z udziałem izoenzymu CYP2D6 lub CYP3A w skojarzeniu z określonymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego typami metabolizmu lub określonymi zaburzeniami czynności wątroby, stanowiące przeciwwskazanie do terapii eliglustatem.

2. Kryteria zmiany leczenia imiglucerazy na welaglucerazę alfa oraz welaglucerazy alfa na imiglucerazę

Świadczeniobiorcy aktualnie leczeni w związku z chorobą Gauchera typu I za pomocą enzymatycznej terapii zastępczej z zastosowaniem imiglucerazy albo welaglucerazy alfa mogą przejść na terapię imiglucerazą albo welaglucerazą alfa stosując taką samą dawkę i taką samą częstość dawkowania.

przepisaną dawkę w porze przewidzianej na kolejną dawkę (nie należy podwajać kolejnej dawki). Kapsułki można przyjmować niezależnie od posiłku. Należy unikać spożywania grejpfrutów lub soku z grejpfrutów.

W przypadku zmiany leczenia z enzymatycznej terapii zastępczej (ETZ) podanie pierwszej dawki eliglustatu powinno nastąpić dzień po podaniu ostatniego wlewu dożylnego ETZ.

W przypadku zmiany z eliglustatu na ETZ podanie pierwszego wlewu dożylnego powinno nastąpić niezwłocznie, nie później niż 7 dni po podaniu ostatniej dawki eliglustatu.

15) USG układu sercowo-naczyniowego (w uzasadnionych przypadkach);
16) RTG płuc;
17) Konsultacja neurologiczna (jedynie u świadczeniobiorców z podejrzeniem typu III choroby);
18) Konsultacja kardiologiczna (w uzasadnionych przypadkach);
19) EEG (w uzasadnionych przypadkach);
20) Konsultacja ortopedyczna (w uzasadnionych przypadkach);
21) Spirometria (u pacjentów powyżej 7 roku życia);
22) Pomiary antropometryczne (co najmniej masy i wysokości ciała);
23) Ocena jakości życia SF 36 lub określona inną metodą (poza wynikiem należy podać rodzaj stosowanej metody)

2. Monitorowanie leczenia

2.1. Co 180 dni:

1) Morfologia krwi pełna z rozmazem;
2) Układ krzepnięcia: APTT, INR;
3) Ocena miana przeciwciał przeciwko welaglucerazie alfa (nie jest badaniem obligatoryjnym; decyzja o konieczności wykonania badania podejmowana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich);

Okresowej oceny skuteczności terapii dokonuje lekarz niezaangażowany w leczenie pacjenta z chorobą Gauchera.

2.2. Co 365 dni:

1) USG jamy brzusznej, z oceną wielkości (z podaniem wymiarów) wątroby i śledziony;
2) EKG (z oceną skorygowanego odstępu QT (QTc) w przypadku leczenia eliglustatem);
3) RTG płuc;
4) USG układu sercowo-naczyniowego (w przypadku

3. Kryteria zmiany leczenia enzymatyczną terapią zastępczą (ETZ) na eliglustat 1) Nadwrażliwość na ETZ; 2) Inne wskazania kliniczne dla prowadzenia terapii w formie doustnej (np. trudności z dożylną iniekcją ETZ). **4. Kryteria zmiany leczenia eliglustatem na enzymatyczną terapię zastępczą.** W przypadku wystąpienia przynajmniej jednego z poniższych zdarzeń. 1) Nadwrażliwość na eliglustat; 2) Znaczna progresja choroby pomimo podjętego leczenia; 3) Ciąża; 4) Laktacja; 5) Okresowe stosowanie leków metabolizowanych z udziałem izoenzymu CYP2D6 lub CYP3A w skojarzeniu z określonymi w charakterystyce produktu leczniczego. Typami metabolizmu i/lub określonymi zaburzeniami czynności wątroby, stanowiące przeciwwskazanie do terapii eliglustatem.		nieprawidłowości w układzie sercowo-naczyniowym); 5) Pomiary antropometryczne (co najmniej masy i wysokości ciała, z oceną tempa wzrastania u dzieci do zakończenia procesu wzrastania); 6) Badanie densytometryczne kości (DXA) lub MRI kości długich; 7) Konsultacja ortopedyczna (w uzasadnionych przypadkach); 8) Konsultacja kardiologiczna (w uzasadnionych przypadkach); 9) Konsultacja neurologiczna, EEG, MRI ośrodkowego układu nerwowego (w uzasadnionych przypadkach); 10) Spirometria (w uzasadnionych przypadkach); 11) Chitotriozydaza; 12) Ocena jakości życia SF 36 lub określona inną metodą (poza wynikiem należy podać rodzaj stosowanej metody) (opcjonalnie). **3. Monitorowanie programu** 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) Uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.24.

LECZENIE CHOROBY HURLER (ICD-10 E 76.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się co 6 miesięcy, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. **1. Kryteria kwalifikacji** Brak lub głęboki niedobór aktywności enzymu α-L-iduronidaza w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzone badaniem molekularnym. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Przedłużenie leczenia następuje co 6 miesięcy decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich, na podstawie nadesłanej Karty Monitorowania Terapii. Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia** 1) ciąża lub laktacja;	**1. Dawkowanie** Zalecana dawka laronidazy wynosi 100 j./kg masy ciała, podawana raz w tygodniu, we wlewie dożylnym. Początkowa prędkość infuzji wynosi 2 j./kg m.c./h. Prędkość infuzji można stopniowo zwiększać, co 15 minut, przy dobrej tolerancji leku, aż do maksymalnej prędkości 43 j./kg m.c./h Całkowitą objętość leku należy podać w okresie około 3-4 godzin. Podawanie leku powinno być nadzorowane przez lekarza posiadającego doświadczenie w diagnozowaniu i leczeniu pacjentów z mukopolisacharydozą typu 1 lub innych dziedzicznych zaburzeń metabolizmu. Z uwagi na możliwość występowania objawów niepożądanych, z wstrząsem włącznie, lek należy podawać przy bezpośrednim dostępie do leków, sprzętu i aparatury ratującej życie.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) stwierdzenie braku lub głębokiego niedoboru aktywności α-L-iduronidazy w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzone badaniem molekularnym; 2) badanie wydalania glikozaminoglikanów z moczem; 3) ocena miana przeciwciał przeciwko α-L-iduronidazie (nie jest badaniem obligatoryjnym); 4) morfologia krwi z rozmazem; 5) aktywność enzymów wątrobowych: AlAT, AspAT; 6) stężenie fosfatazy alkalicznej; 7) stężenie witamin E i D; 8) ocena równowagi kwasowo-zasadowej; 9) USG jamy brzusznej, z oceną objętości wątroby i śledziony; 10) MRI OUN, z oceną odcinka szyjnego kręgosłupa; 11) RTG kośćca, co najmniej RTG kręgosłupa; 12) badanie psychologiczne, z oceną ilorazu inteligencji; 13) pomiar ciśnienia tętniczego krwi; 14) EKG; 15) USG układu sercowo-naczyniowego; 16) konsultacja laryngologiczna; 17) badanie audiometryczne; 18) konsultacja ortopedyczna, z oceną ruchomości stawów; 19) EMG, do oceny występowania zespołu cieśni nadgarstka; 20) konsultacja neurologiczna; 21) konsultacja kardiologiczna;

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

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

Załącznik B.25.

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

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. **1. Kryteria kwalifikacji** a) mukopolisacharydoza typu II zdiagnozowana na podstawie udokumentowanego, znacznego deficytu aktywności enzymu sulfatazy iduronianu w surowicy lub leukocytach krwi obwodowej lub w fibroblastach skóry; b) wiek chorego powyżej ukończonego 5 roku życia. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia** 1) ciąża lub laktacja; 2) obecność poważnych wrodzonych anomalii rozwojowych lub chorób współistniejących, które w ocenie lekarza kwalifikującego do leczenia lub Zespołu Koordynacyjnego	**1. Dawkowanie** Sulfataza iduronianu podawana jest w dawce 0,5 mg/kg masy ciała, co tydzień, w postaci dożylnego wlewu, trwającego ok. 3 godzin, który może być stopniowo skracany do 1 godziny, jeśli nie występują reakcje niepożądane związane z jego podaniem.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) układ krzepnięcia; 3) proteinogram; 4) gazometria; 5) AspAT, AlAT, CK, bilirubina; 6) cholesterol; 7) witamina D i K; 8) wydalanie mukopolisacharydów z moczem; 9) poziom przeciwciał przeciwko sulfatazie iduronianu (badanie nie jest obligatoryjne); 10) parametry życiowe; 11) pomiary antropometryczne; 12) EEG; 13) EKG; 14) echokardiografia; 15) RTG klatki piersiowej; 16) USG jamy brzusznej; 17) MRI OUN z uwzględnieniem odcinka szyjnego kręgosłupa; 18) RTG kręgosłupa; 19) diagnostyka zespołu cieśni nadgarstka (EMG); 20) badanie pulmonologiczne (wydolność oddechowa, spirometria); 21) badanie audiometryczne; 22) badanie ortopedyczne, z oceną ruchliwości stawów

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

		niezaangażowany w leczenie pacjentów z chorobą Hunter. Przedłużenie leczenia następuje, co 6 miesięcy, decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii. **2.2 Co 365 dni** 1) cholesterol; 2) witaminy D i K; 3) RTG klatki piersiowej; 4) RTG kręgosłupa; 5) MRI OUN wskazane przede wszystkim w przypadku współistniejącego wodogłowia (w zależności od decyzji lekarza); 6) badanie audiometryczne; 7) badanie okulistyczne, z oceną dna oka; 8) diagnostyka zespołu cieśni nadgarstka (EMG). **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.27.

LECZENIE PRZEWLEKŁYCH ZAKAŻEŃ PŁUC U ŚWIADCZENIOBIORCÓW Z MUKOWISCYDOZĄ (ICD-10 E 84)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1.Kryteria kwalifikacji a) wiek od 6 lat, b) udokumentowane przewlekłe zakażenie płuc wywołanym przez Pseudomonas aeruginosa, c) oporność na kolistynę lub udokumentowana nietolerancja kolistyny (nietolerancję kolistyny można wykazać poprzez spadek FEV1 lub FVC po rozpoczęciu leczenia kolistyną podawaną wziewnie lub dodatni wynik testu degranulacji bazofilów z kolistyną). **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie należy kontynuować cyklicznie dopóki świadczeniobiorca odnosi korzyści z włączenia tobramycyny do schematu leczenia. **3. Kryteria wyłączenia** 1) nadwrażliwość na tobramycynę, inny aminoglikozyd czy substancję pomocniczą; 2) upośledzenie słuchu (z dużą ostrożnością należy rozważyć stosowanie leku u świadczeniobiorcy przyjmującego inne leki ototoksyczne); 3) uszkodzenie nerek (stężenie kreatyniny w surowicy nie mniejsze niż 2mg/dl lub mocznika nie mniejsze niż 40mg/dl); 4) krwioplucie nie mniejsze niż 60 cm^3 na dobę w okresie 30 dni przed pierwszym podaniem tobramycyny; 5) stwierdzenie ropnia płuca w RTG klatki piersiowej.	**1. Dawkowanie** Dawka tobramycyny dla dorosłego i dzieci w wieku od 6 lat to zawartość jednego pojemnika (300 mg) dwa razy na dobę (rano i wieczorem) przez 28 dni. Odstęp pomiędzy kolejnymi dawkami powinien wynosić 12 godzin. Po 28 dniach leczenia tobramycyną, preparat należy odstawić na okres następnych 28 dni. Należy przestrzegać 28-dniowych naprzemiennych cykli aktywnego leczenia z 28-dniową przerwą w leczeniu (28 dni leczenia na przemian z 28-dniowymi przerwami w podawaniu leku).	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) stężenie kreatyniny; 2) stężenie mocznika; 3) test degranulacji bazofilów (opcjonalnie); 4) badanie mikrobiologiczne potwierdzające oporność P. aeruginosa na kolistynę oraz potwierdzające wrażliwość drobnoustroju na tobramycynę; 5) RTG klatki piersiowej; 6) badanie spirometryczne przed i po podaniu kolistyny (2 mln j.m.) w celu potwierdzenia nietolerancji leku; 7) audiometria. **2. Monitorowanie leczenia** **2.1** Badania przeprowadzane od 8 tygodnia leczenia i powtarzane co 8 tygodni: 1) badanie mikrobiologiczne; 2) badanie spirometryczne. **2.2** Badania przeprowadzane co 48 tygodni leczenia: 1) stężenie kreatyniny; 2) stężenie mocznika; 3) badanie mikrobiologiczne; 4) badanie spirometryczne; 5) badanie słuchu – audiometria. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych

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

Załącznik B.28.

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

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

3) Brak objawów uogólnionego zakażenia; 4) Wykluczenie obecności stanu zapalnego w obrębie planowanego miejsca podania; 5) Wykluczenie ciąży na podstawie wywiadu. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia z programu. Częstość podawania leku zależy od stanu klinicznego świadczeniobiorcy, jednakże maksymalnie 4 razy w okresie roku. **3. Kryteria wyłączenia** 1) Brak poprawy klinicznej w ocenie lekarza po co najmniej 3 kolejnych podaniach leku; 2) Nadwrażliwość na kompleks neurotoksyny lub którykolwiek ze składników leku; 3) Powstanie oporności na lek; 4) Stwierdzenie miastenii lub zespołu miastenicznego; 5) Objawy uogólnionego zakażenia; 6) Zapalenie okolicy miejsca podania; 7) Ciąża; 8) Przyjmowanie leków hamujących transmisję nerwowo-mięśniową (np. aminoglikozydy).	b) Kurcz powiek maksymalna dawka jednorazowa: 50 j.m. na 1 oko; c) Połowiczy kurcz twarzy maksymalna dawka jednorazowa: 50 j.m. na 1 oko; d) Dystonia krtaniowa maksymalna dawka jednorazowa: 20 j.m.; e) Dystonia twarzy maksymalna dawka jednorazowa: 80 j.m.; f) Dystonie zadaniowe (np. kurcz pisarski, kurcze zawodowe) maksymalna dawka jednorazowa: 80 j.m.. **1.3. Botulinum A toxin a l00 j. (Xeomin)** a) Kręcz karku maksymalna dawka jednorazowa: 300 j.m.; b) Kurcz powiek maksymalna dawka jednorazowa: 50 j.m. na jedno oko; c) Połowiczy kurcz twarzy maksymalna dawka jednorazowa: 50 j.m.; d) Dystonie zadaniowe (np. kurcz pisarski, kurcze zawodowe) maksymalna dawka jednorazowa: 80 j.m.; Częstość podawania leku zależy od stanu klinicznego świadczeniobiorcy, maksymalnie 4 razy w okresie roku.	1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) Uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.29.

LECZENIE STWARDNIENIA ROZSIANEGO (ICD-10 G 35)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji Do leczenia interferonem beta, octanem glatirameru, fumaranem dimetylu, peginterferonem beta-1a albo teryflunomidem kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach: 1,2,3,4 i 5 albo pacjenci spełniający kryterium 6. 1) Rozpoznanie postaci rzutowej stwardnienia rozsianego oparte na aktualnych kryteriach diagnostycznych McDonalda łącznie z badaniami rezonansem magnetycznym, przed i po podaniu kontrastu; 2) W przypadku rozpoznania postaci rzutowej stwardnienia rozsianego, wystąpienie minimum 1 rzutu klinicznego albo co najmniej 1 nowe ognisko GD+ w okresie 12 miesięcy przed kwalifikacją; 3) Stan neurologiczny w skali EDSS od 0 do 4,5 włącznie; 4) Brak ograniczenia wiekowego w przypadku terapii interferonem beta albo octanem glatirameru oraz wiek powyżej 12 roku życia w przypadku terapii fumaranem dimetylu albo peginterferonem beta-1a albo teryflunomidem; – pacjentów poniżej 18 roku życia kwalifikuje się do leczenia wyłącznie w ośrodkach zapewniających leczenie pod opieką zespołów lekarskich składających się z neurologów lub neurologów dziecięcych posiadających doświadczenie w leczeniu SM oraz pod warunkiem przekazania opiekunom chorych/chorym kwalifikowanym do terapii pisemnej informacji na temat aktualnego stanu wiedzy na temat bezpieczeństwa i skuteczności stosowania leku w tej grupie wiekowej oraz po uzyskaniu pisemnej, świadomej zgody na jego zastosowanie;	**1. Dawkowanie oraz sposób modyfikacji dawkowania w programie** Dawkowanie oraz sposób modyfikacji dawkowania w leczeniu interferonem beta, peginterferonem beta-1a, octanem glatirameru, fumaranem dimetylu oraz teryflunomidem należy prowadzić zgodnie z zapisami właściwych Charakterystyk Produktów Leczniczych.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) Badania biochemiczne w tym oceniające: a) funkcje nerek, b) funkcje wątroby, c) funkcje tarczycy; 2) Badanie ogólne moczu; 3) Morfologia krwi z rozmazem; 4) Rezonans magnetyczny przed i po podaniu kontrastu (Rezonans magnetyczny wykonuje się w okresie kwalifikacji do programu. Jeżeli leczenie nie zostanie rozpoczęte w okresie 90 dni od jego wykonania to badanie powtarza się tuż przed zastosowaniem pierwszej dawki leku. W uzasadnionych przypadkach lekarz prowadzący może uznać za badanie wyjściowe badanie rezonansu magnetycznego wykonane w okresie ostatnich 180 dni przed rozpoczęciem leczenia.); 5) Test ciążowy u pacjentek w wieku rozrodczym; 6) Ocena stanu neurologicznego z określeniem EDSS.

5) Brak przeciwskazań do leczenia wskazanych w Charakterystykach Produktów Leczniczych; – stosowanie antykoncepcji, leczenie w okresie ciąży i karmienia piersią zgodne z aktualnymi Charakterystykami Produktów Leczniczych. Stosowanie leczenia w ciąży jest możliwe po przekazaniu pacjentce pisemnej informacji dotyczącej aktualnego stanu wiedzy na temat bezpieczeństwa i skuteczności stosowania leku u kobiet w ciąży oraz po uzyskaniu pisemnej, świadomej zgody na stosowanie leku; 6) Do programu włącza się, bez konieczności ponownej kwalifikacji, w celu zapewnienia kontynuacji terapii: a) pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą, które w momencie wyłączenia spełniały pozostałe kryteria przedłużenia leczenia; b) pacjentów uprzednio leczonych interferonem beta, peginterferonem beta-1a, octanem glatirameru, fumaranem dimetylu lub teryflunomidem w ramach innego sposobu finansowania terapii, o ile na dzień rozpoczęcia terapii spełnili stosowne kryteria kwalifikacji oraz jednocześnie nie spełniali kryteriów uniemożliwiających włączenie do programu; c) pacjentów uprzednio leczonych przez okres min. 12 miesięcy lekiem modyfikującym przebieg choroby w ramach innego sposobu finansowania terapii, o ile na dzień rozpoczęcia terapii spełnili stosowne kryteria kwalifikacji (nie jest wymagane wystąpienie minimum 1 rzutu klinicznego albo co najmniej 1 nowe ognisko GD+ w okresie ostatnich 12 miesięcy) oraz jednocześnie nie spełniali kryteriów uniemożliwiających włączenie do programu. **2. Zamiana leków interferon beta, peginterferon beta-1a, octan glatirameru, fumaran dimetylu oraz teryflunomid** Dopuszcza się zamiany leków pierwszej linii (interferon beta, peginterferon beta-1a, octan glatirameru, fumaran dimetylu, teryflunomid) w przypadku: a) wystąpienia objawów niepożądanych, albo b) jeżeli w opinii lekarza prowadzącego terapię zamiana taka wykazuje		**2. Monitorowanie leczenia** 1) Ocena stanu neurologicznego, co 3 miesiące; 2) Rezonans magnetyczny po każdych 12 miesiącach leczenia (podanie kontrastu do decyzji lekarza prowadzącego); 3) Badania laboratoryjne, o których mowa w ust. 1 (z wyjątkiem oceny funkcji tarczycy) wykonywane są: a) u dorosłych: – przez pierwsze 6 miesięcy leczenia – co 3 miesiące, – następnie minimum co 6 miesięcy, z wyjątkiem morfologii z rozmazem, która powinna być wykonywana co 3 miesiące, b) u dzieci i młodzieży: – przez pierwsze 3 miesiące – co miesiąc, – następnie co 3 miesiące lub częściej w razie konieczności (do decyzji lekarza leczącego); 4) Pozostałe badania powinny być wykonywane zgodnie z zapisami właściwych Charakterystyk Produktów Leczniczych. Badania oceniające skuteczność leczenia i umożliwiające kontynuacje leczenia w programie wykonuje się każdorazowo po 12 miesiącach leczenia.

korzyść terapeutyczną dla pacjenta, albo c) w przypadku częściowej nieskuteczności terapii definiowanej jako wystąpienie jednego z kryteriów wymienionych w punkcie 4. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) Przejście w postać wtórnie postępującą - pogorszenie w skali EDSS o 1 pkt w ciągu 12 miesięcy nie związane z aktywnością rzutową; 2) Stan kliniczny chorego oceniany w trakcie badania kontrolnego w skali EDSS powyżej 5,0 (w trakcie remisji); 3) Pojawienie się przeciwwskazań do leczenia wymienionych w Charakterystykach Produktów Leczniczych. **4. Określenie czasu leczenia w programie** Po 12 miesiącach trwania leczenia dokonuje się oceny skuteczności leczenia. Za brak skuteczności wymagający zmiany leczenia przyjmuje się wystąpienie obu poniższych sytuacji (pkt 1 oraz pkt 2). 1) Liczba i ciężkość rzutów: a) 2 lub więcej rzutów umiarkowanych, lub b) 1 ciężki rzut po pierwszych 6 miesiącach; 2) Zmiany w badaniu rezonansu magnetycznego, gdy stwierdza się jedno z poniższych: a) więcej niż jedna nowa zmiana Gd (+), b) więcej niż dwie nowe zmiany w sekwencji T2. **5. Kryteria kontynuacji leczenia w programie** Terapia może być przedłużona o każde kolejne 12 miesięcy u pacjentów niespełniających kryteriów wyłączenia zgodnie z pkt. 3 i kryteriów nieskuteczności wskazanych w pkt. 4. Leczenie powinno być stosowane tak długo jak osiągana jest skuteczność kliniczna oraz nie wystąpią kryteria wyłączenia.		**3. Monitorowanie programu** 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) Uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

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

Załącznik B.30.

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

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji Do leczenia toksyną botulinową w ramach programu kwalifikują się świadczeniobiorcy spełniający następujące kryteria: 1) potwierdzone rozpoznanie mózgowego porażenia dziecięcego z towarzyszącą spastycznością ograniczającą funkcjonowanie dziecka lub zagrażającą rozwojem utrwalonych przykurczy mięśniowych i deformacji kostno-stawowych. 2) wiek 2-17 lat. **2. Określenie czasu leczenia w programie:** Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów kwalifikacji i kryteriów wyłączenia z programu. **3. Kryteria wyłączenia** 1) nadwrażliwość na kompleks neurotoksyny lub którykolwiek ze składników leku; 2) powstanie oporności na leczenie; 3) myastenia gravis; 4) objawy uogólnionego zakażenia; 5) zapalenie okolicy miejsca podania; 6) ciąża.	**1. Dawkowanie Dysportu** Dawka całkowita leku, na jedno podanie 30 j/kg, podzielonych na poszczególne mięśnie zgodnie z wzorcem spastyczności i oceną lekarza. **2. Dawkowanie Botoxu** Maksymalna dawka całkowita leku na rok leczenia to 24 j/kg, podzielonych na poszczególne mięśnie i sesje terapeutyczne zgodnie z wzorcem spastyczności i oceną lekarza.	**1. Badania przy kwalifikacji** Morfologia krwi z rozmazem. **2. Monitorowanie leczenia** EMG - badanie przeprowadzane zgodnie z harmonogramem dawkowania (w niektórych przypadkach uzasadniony jest wybór miejsca podania toksyny botulinowej przy pomocy badania EMG). **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.31.

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

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

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

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

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

6) stany, w których wpływ iloprostu na płytki krwi może zwiększyć ryzyko krwotoku. **c) treprostinil** 1) nadciśnienie płucne związane z potwierdzoną chorobą zarostową żył płucnych; 2) zastoinowa niewydolność serca spowodowana ciężkim zaburzeniem czynności lewej komory serca; 3) ciężka niewydolność wątroby - klasa C wg. Child-Pugh; 4) czynna choroba wrzodowa przewodu pokarmowego, krwawienie śródczaszkowe, zranienie, inny rodzaj krwawienia; 5) wrodzone lub nabyte wady zastawkowe serca z klinicznie znaczącymi zaburzeniami czynności mięśnia sercowego niezwiązanymi z nadciśnieniem płucnym; 6) ciężka postać choroby niedokrwiennej serca lub niestabilna postać dławicy piersiowej; 7) zawał mięśnia sercowego przebyty w okresie ostatnich 6 miesięcy; 8) nieleczona niewydolność serca; 9) ciężkie zaburzenia rytmu serca; 10) ciśnienie tętnicze krwi poniżej 90/50 mmHg – jeśli nie spowodowane TNP. **2. Epoprostenol** **2.1. Kryteria włączenia** 1) nieskuteczne lub źle tolerowane dotychczasowe leczenie jednym ze schematów lekowych przewidzianych do stosowania w monoterapii lub w terapii skojarzonej lub 2) IV klasa czynnościowa w momencie rozpoznania choroby lub pomimo dotychczasowego leczenia lub	6.2. Dawka sildenafilu: 20 mg 3 razy dziennie albo 40 mg 3 razy dziennie - u pacjentów, którzy otrzymywali taką dawkę w monoterapii. **7. Dawkowanie riocyguatu** 7.1. W monoterapii - zgodnie z ChPL. 7.2. W terapii skojarzonej analogiczne do monoterapii. **8. Dawkowanie seleksypagu, sildeanfilu i bosentanu/macytentanu w terapii skojarzonej** 8.1. Dawka seleksypagu: zgodnie z ChPL (dawka dobrana indywidualnie dla każdego pacjenta; może wynosić od 200 µg podawanych dwa razy na dobę do 1600 µg podawanych dwa razy na dobę. Zalecana dawka początkowa seleksypagu wynosi 200 µg dwa razy na dobę podawana w odstępie 12 h; zwiększanie dawki seleksypagu następuje w przyrostach o 200 µg dwa razy na dobę w odstępach tygodniowych). Opakowanie zawierajcie 140 tabletek, w każdej 200 µg seleksypagu, może być stosowane wyłącznie w początkowym okresie leczenia (etap miareczkowania i stabilizacji dawki) w ilości nieprzekraczającej 2 opakowań leku dla jednego pacjenta. 8.2. Dawka sildenafilu: zgodnie z ChPL. 8.3. Dawka bosentanu zgodnie z ChPL. 8.4. Dawka macytentan zgodnie z ChPL.	W takiej sytuacji możliwe jest dostarczenie leków przez szpital do miejsca zamieszkania pacjenta lub wydanie leków osobie przez niego upoważnionej w ilości każdorazowo nie większej niż niezbędna do zabezpieczenia 3-4 miesięcy terapii (w zależności od indywidualnego dawkowania oraz wielkości opakowań poszczególnych leków). Opisane powyżej postępowanie, w tym wynik zdalnej konsultacji i ocena stanu zdrowia dokonana przez lekarza prowadzącego, powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz SMPT. Osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 2 razy w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy z wyjątkiem sytuacji nadzwyczajnych, w tym zjawisk epidemicznych kiedy dopuszcza się osobiste stawiennictwo w ośrodku prowadzącym terapię nie rzadziej niż 1 raz w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy. **2.1. Badania nieinwazyjne** 1) ocena klasy czynnościowej; 2) test 6-minutowego marszu (z wyjątkiem pacjentów w IV klasie czynnościowej); w przypadku dzieci dotyczy pacjentów, których parametry rozwojowe umożliwiają wykonanie badania); 3) oznaczenie NT-proBNP lub BNP (w zależności od dostępności); 4) badanie echokardiograficzne (w przypadku rozbieżności wyników badań

3) TNP uniemożliwiające przeszczepienie wątroby u pacjentów z TNP związanym z nadciśnieniem wrotnym.

2.2. Kryteria wyłączenia

1) zastoinowa niewydolność serca spowodowana ciężkim zaburzeniem czynności lewej komory serca;
2) wystąpienie obrzęku płuc w czasie określania zakresu dawek;
3) laktacja;
4) inne przeciwwskazania określone w ChPL.

3. Riocyguat

3.1. Kryteria włączenia

1) II lub III klasa czynnościowa;
2) nieskuteczne lub źle tolerowane leczenie sildenafilem zastosowanym jako leczenie początkowe.

3.2. Kryteria wyłączenia

1) jednoczesne stosowanie inhibitorów PDE-5;
2) ciężkie zaburzenia czynności wątroby (stopień C w skali Child-Pugh);
3) ciąża;
4) jednoczesne stosowanie azotanów lub leków uwalniających tlenek azotu (takimi jak azotyn amylu);
5) skurczowe ciśnienie krwi <95 mm Hg na początku leczenia;
6) nawracająca pomimo redukcji dawki objawowa hipotensja ze skurczowym ciśnieniem <95 mm Hg.

II.B. TERAPIA SKOJARZONA

1. Macytentan z sildenafilem

9. Substancje czynne stosowane w leczeniu początkowym (sildenafil w monoterapii, bosentan w monoterapii) mogą być stosowane zamiennie w zależności od tolerancji i skuteczności leczenia.

10. Substancje czynne stosowane w leczeniu II rzutu (bosentan, macytentan z sildenafilem, iloprost, treprostinil, epoprostenol, riocyguat, riocyguat z bosentanem, terapie skojarzone dwulekowe oraz terapie skojarzone trójlekowe) mogą być stosowane zamiennie w zależności od tolerancji i skuteczności leczenia.

B. Leczenie TNP u dzieci

1. Leczenie bosentanem

Dawkowanie w monoterapii lub terapii skojarzonej:

1) masa ciała równa lub mniejsza niż 20 kg dawka początkowa i podtrzymująca wynosi 2 mg/kg m.c. dwa razy na dobę;
2) masa ciała od 20 do 40 kg, dawka początkowa (4 tygodnie) 31,25 mg dwa razy na dobę, dawka podtrzymująca 62,5 mg dwa razy na dobę;
3) masa ciała większa niż 40 kg, dawka początkowa (4 tygodnie) 62,5 mg dwa razy na dobę, dawka podtrzymująca 125 mg dwa razy na dobę.

podstawowych);

– wykonuje się co 3 - 6 miesięcy lub w terminie wcześniejszym w zależności od wskazań klinicznych, w przypadku pogorszenia samopoczucia lub stanu chorego. Do podjęcia decyzji terapeutycznych mogą być użyte również badania wykonane nie w ramach rutynowej kontroli co 3-6 miesięcy, ale również wykonane w przypadku pogorszenia samopoczucia lub pogorszenia stanu pacjenta. W tej sytuacji odstęp 3-6 miesięcy do następnych rutynowych badań kontrolnych wymaganych przez program można także liczyć od momentu wspomnianych dodatkowych badań przeprowadzonych w terminie wcześniejszym ze wskazań klinicznych.

2.2. Badania inwazyjne

Cewnikowanie prawego serca (badanie hemodynamiczne) z oceną ciśnienia zaklinowania, naczyniowego oporu płucnego, pojemności minutowej i saturacji mieszanej krwi żylnej wykonuje się:

1) przed włączeniem terapii II rzutu, z tym że w przypadku ciężkiego stanu pacjenta (IV klasa czynnościowa) można odłożyć cewnikowanie do czasu uzyskania stabilizacji klinicznej;
2) jeżeli:
   a) panel badań nieinwazyjnych wskazuje na niezadowalający efekt leczenia zgodnie z obowiązującymi standardami

   lub

1.1. Kryteria włączenia

1) nieskuteczne lub źle tolerowane dotychczasowe leczenie jednym ze schematów lekowych przewidzianych do stosowania w monoterapii lub w terapii skojarzonej;
2) III klasa czynnościowa;
3) brak przeciwwskazań wymienionych w ChPL.

W przypadku wystąpienia objawów nietolerancji sildenafilu, możliwa jest kontynuacja macytentanu w monoterapii.

1.2. Kryteria wyłączenia

a) sildenafil – określono w punkcie A I.2.2,

b) macytentan

1) brak stosowania skutecznej metody zapobiegania ciąży przez kobiety w wieku rozrodczym;
2) ciąża;
3) karmienie piersią;
4) ciężkie zaburzenia czynności wątroby;
5) wyjściowa aktywność aminotransferaz wątrobowych (AspAT lub AlAT) > 3 razy niż wartość górnej granicy normy.

2. Riocyguat z bosentanem

2.1. Kryteria włączenia

1) III klasa czynnościowa;
2) nieskuteczne lub źle tolerowane dotychczasowe leczenie jednym ze schematów lekowych przewidzianych do stosowania w monoterapii lub w terapii skojarzonej.

2. Leczenie sildenafilem

Dawkowanie w monoterapii lub terapii skojarzonej:

1) masa ciała ≤ 20 kg: 10 mg 3 razy dziennie;
2) masa ciała > 20 kg: 20 mg 3 razy dziennie.

3. Leczenie iloprostem, epoprostenolem lub treprostynilem

Dawka powinna być dostosowywana przez lekarza indywidualnie w zależności od:

1) stanu pacjenta;
2) odpowiedzi na leczenie;
3) tolerancji leczenia.

Zwiększenie dawkowania powinno wynikać z dążenia do osiągnięcia celów terapeutycznych zalecanych przez towarzystwa naukowe ESC, ERS, AEPC.

4. Leki stosowane w terapii początkowej (sildenafil w monoterapii, bosentan w monoterapii) mogą być stosowane zamiennie w zależności od tolerancji i skuteczności leczenia.

5. Leki stosowane w terapii II rzutu (bosentan, iloprost, treprostinil, epoprostenol, terapie skojarzone dwulekowe oraz terapie skojarzone trójlekowe) mogą być stosowane zamiennie w zależności od tolerancji i skuteczności leczenia.

b) obraz kliniczny i wyniki badań nieinwazyjnych są niejednoznaczne;
3) co 12 - 36 miesięcy dla oceny dynamiki choroby.

W każdym przypadku lekarz prowadzący może zdecydować o odłożeniu lub zrezygnowaniu z cewnikowania prawego serca, biorąc pod uwagę całokształt przebiegu choroby, realne możliwości modyfikacji leczenia w oparciu o wyniki cewnikowania, a także oceniane indywidualnie ryzyko powikłań z nim związanych.

Wykonanie cewnikowania prawego serca nie jest wymagane u pacjentów w wieku poniżej 18 lat oraz u pacjentów z zespołem Eisenmengera ani w celu monitorowania ani w celu zmiany sposobu leczenia.

Skuteczność terapii ocenia się na podstawie przebiegu choroby, indywidualnych cech pacjenta oraz kryteriów prognostycznych, zgodnie z obowiązującymi standardami.

Zmiana terapii w obrębie leczenia początkowego oraz zmiana terapii w ramach leczenia II rzutu nie wymaga cewnikowania prawego serca.

W przypadku nietolerancji leczenia II rzutu możliwy jest powrót do terapii początkowej bez dodatkowej kwalifikacji pacjenta.

3. Monitorowanie programu

1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów NFZ;

2.2. Kryteria wyłączenia: 1) jednoczesne stosowanie inhibitorów PDE-5; 2) umiarkowane lub ciężkie zaburzenie czynności wątroby, tj. klasa B lub C w klasyfikacji Child – Pugh; 3) aktywność AspAT lub AlAT, większa niż trzykrotna wartość górnej granicy normy przed rozpoczęciem leczenia lub większa niż ośmiokrotna wartość GGN w trakcie leczenia; 4) jednoczesne stosowanie cyklosporyny A; 5) jednoczesne stosowanie azotanów lub leków uwalniających tlenek azotu (takimi jak azotyn amylu; 6) skurczowe ciśnienie krwi <95 mm Hg na początku leczenia; 7) ciąża; 8) nawracająca pomimo redukcji dawki objawowa hipotensja ze skurczowym ciśnieniem <95 mmHg. Możliwa jest zamiana bosentanu na macytentan w przypadku wystąpienia cech istotnego uszkodzenia wątroby podczas terapii bosentanem (wartość AspAT lub AlAT większa niż trzykrotność górnej granicy normy) pod warunkiem uzyskania zmniejszenia wartości transaminaz po odstawieniu bosentanu. **3. Terapia skojarzona z zastosowaniem dwóch lub trzech z poniższych preparatów:** **a) bosentan** **b) sildenafil** **c) iloprost albo treprostinil albo epoprostenol.** **3.1. Kryteria włączenia** 1) nieskuteczne lub źle tolerowane dotychczasowe leczenie jednym ze schematów lekowych przewidzianych do stosowania w monoterapii lub w terapii skojarzonej		2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez Oddział Wojewódzki NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

lub 2) IV klasa czynnościowa w momencie rozpoznania choroby lub pomimo dotychczasowego leczenia lub 3) TNP uniemożliwiające przeszczepienie wątroby u pacjentów z TNP związanym z nadciśnieniem wrotnym – dotyczy terapii skojarzonej z zastosowaniem epoprostenolu. Bosentan nie może być stosowany łącznie z innymi antagonistami receptora endoteliny. Możliwa jest zamiana bosentanu na macytentan w przypadku wystąpienia cech istotnego uszkodzenia wątroby podczas terapii bosentanem (wartość AspAT lub AlAT większa niż trzykrotność górnej granicy normy) pod warunkiem uzyskania zmniejszenia wartości transaminaz po odstawieniu bosentanu. Kolejność włączania i wyłączenia poszczególnych składowych terapii skojarzonej zależy od decyzji lekarza. **3.2. Kryteria wyłączenia** **a) bosentan** – określono w punkcie A I 1.2, **b) sildenafil** – określono w punkcie A I 2.2, **c) iloprost** – określono w punkcie A II.A 1.2 b, **d) treprostinil** - określono w punkcie A II.A 1.2 c, **e) epoprostenol** - określono w punkcie A II.A 2.2. **4. Epoprostenol z sildenafilem i bosentanem albo epoprostenol z sildenafilem i macytentanem** **4.1. Kryteria włączenia** 1) IV klasa czynnościowa w momencie rozpoznania choroby lub pomimo dotychczasowego leczenia; 2) brak innych przeciwwskazań wymienionych w ChPL.		

Kolejność włączania i wyłączenia poszczególnych składowych terapii skojarzonej zależy od decyzji lekarza. **4.2. Kryteria wyłączenia** 1) **bosentan** - określono w punkcie A I 1.2, 2) **macytentan** - określono w punkcie II B 1.2.b, 3) **sildenafil** - określono w punkcie A. I.2.2, 4) **epoprostenol** - określono w punkcie A II.A 2.2. **5. Seleksypag z sildenafilem i bosentanem (lub macytentanem)** **5.1. Kryteria włączenia** 1) nieskuteczne lub źle tolerowane dotychczasowe leczenie jednym ze schematów lekowych przewidzianych do stosowania w terapii skojarzonej; 2) III klasa czynnościowa pomimo dotychczasowego leczenia. Kolejność włączania i wyłączenia poszczególnych składowych terapii skojarzonej zależy od decyzji lekarza. **5.2. Kryteria wyłączenia** 1) Nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą wymienioną w charakterystyce produktu leczniczego; 2) ciężkie zaburzeniami czynności wątroby (grupa C w skali Child-Pugha); 3) Ciężka choroba wieńcowa lub niestabilna dławica piersiowa; 4) Zawał mięśnia sercowego w ciągu ostatnich 6 miesięcy; 5) Niewyrównana niewydolność krążenia, jeśli pacjent nie jest pod ścisłą obserwacją lekarza; 6) Ciężkie arytmie; 7) Zdarzenia mózgowo-naczyniowe (np. przemijający napad niedokrwienny, udar) w ciągu ostatnich 3 miesięcy;		

8) Wrodzone lub nabyte wady zastawkowe z klinicznie istotnymi zaburzeniami czynności serca nie związanymi z nadciśnieniem płucnym; 9) spełnione kryteria wyłączenia z terapii jednym z pozostałych dwóch stosowanych w terapii leków doustnych zgodnie z punktami A I 1.2 oraz A I 2.2 i II B 1.2.b. W przypadku wystąpienia kryteriów wyłączenia z programu wynikających z działań ubocznych związanych z jednym z trzech zastosowanych w programie leków, istnieje możliwość kontynuowania programu na podstawie decyzji lekarza przy użyciu dwóch pozostałych leków. Selexipag powinien być dołączany do skojarzonej terapii sildenafilem i bosentanem. Możliwe jest dodanie seleksypagu do skojarzonej terapii sildenafilem i macytentanem jeśli macytentan włączono zamiast bosentanu z powodu wystąpienia cech istotnego uszkodzenia wątroby podczas terapii bosentanem (wartość AspAT lub AlAT większa niż trzykrotność górnej granicy normy) które ustąpiło po jego odstawieniu oraz w przypadku gdy leczenie w schemacie seleksypag + sildenafil + bosentan było nieskuteczne lub w przypadku gdy dołączenie macytentanu do sildenafilu do terapii II rzutu wiązało się z poprawą kliniczną pacjenta ale nadal nie zostały osiągnięte cele terapeutyczne. **B. Leczenie TNP u dzieci (<18 lat)** **I. LECZENIE POCZĄTKOWE (MONOTERAPIA)** **1. Bosentan** **1.1. Kryteria włączenia** 1) III klasa czynnościowa. **1.2. Kryteria wyłączenia** 1) wrodzona wada serca z nadciśnieniem płucnym, w której istnieje możliwość leczenia operacyjnego (nie dotyczy okresu oczekiwania na wykonanie zabiegu operacyjnego); 2) umiarkowane lub ciężkie zaburzenia czynności wątroby;		

3) aktywność AspAT lub AlAT > 3 razy wartość górnej granicy normy (GGN) przed rozpoczęciem leczenia lub aktywność AspAT lub AlAT > 8 razy GGN w trakcie leczenia; 4) niestosowanie skutecznych metod antykoncepcji – w przypadku miesiączkujących dziewcząt; 5) inne przeciwwskazania wymienione w ChPL. **2. Sildenafil** **2.1. Kryteria włączenia** 1) I-III klasa czynnościowa. **2.2. Kryteria wyłączenia** 1) wrodzona wada serca z nadciśnieniem płucnym, w której istnieje możliwość leczenia operacyjnego (nie dotyczy okresu oczekiwania na wykonanie zabiegu operacyjnego); 2) ciężkie zaburzenie czynności wątroby (klasa C wg Child-Pugh); 3) jednoczesne stosowanie leków przeciwgrzybiczych, przeciwwirusowych, immunosupresyjnych, glibenklamidu, rifampicyny; 4) retinitis pigmetosa lub utrata wzroku w wyniku nietętniczej przedniej niedokrwiennej neuropatii nerwu wzrokowego (NAION). **II. LECZENIE II RZUTU** **II.A. MONOTERAPIA** **1. Monoterapia treprostinilem albo iloprostem albo epoprostenolem** **1.1. Kryteria włączenia** Określono w punkcie A.II z zastrzeżeniem, że kryterium wieku się nie stosuje. **II.B. TERAPIA SKOJARZONA**		

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

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

Załącznik B.32.

LECZENIE CHOROBY LEŚNIOWSKIEGO - CROHNA (ICD-10 K 50)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji do leczenia w programie Do leczenia infliksymabem lub adalimumabem kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach: 1,2 albo 1,3. Do leczenia wedolizumabem kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach: 1 i 2. Do leczenia ustekinumabem kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach: 1,2 i 4. 1) Wiek od 6 lat w przypadku terapii infliksymabem lub adalimumabem albo wiek od 18 lat w przypadku terapii ustekinumabem lub wedolizumabem; 2) Ciężka, czynna postać choroby Leśniowskiego-Crohna (wynik w skali PCDAI większy lub równy 51 punktów w przypadku pacjentów od 6 lat do momentu ukończenia 18 roku życia albo wynik w skali CDAI powyżej 300 punktów u dorosłych od momentu ukończenia 18 roku życia) przy braku odpowiedzi na leczenie glikokortykosteroidami, lub lekami immunosupresyjnymi, lub innymi inhibitorami TNF alfa, lub przy występowaniu przeciwwskazań lub objawów nietolerancji takiego leczenia; 3) Pacjenci z chorobą Leśniowskiego-Crohna cechującą się wytworzeniem przetok okołoodbytowych, którzy nie odpowiedzieli na leczenie podstawowe: antybiotyki, leki immunosupresyjne, leczenie chirurgiczne - niezależnie od nasilenia choroby;	**1. Dawkowanie infliksymabu** Dawkowanie infliksymabu zgodnie z dawkowaniem określonym w Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji ECCO oraz ESPGHAN. **2. Dawkowanie adalimumabu** Dawkowanie adalimumabu zgodnie z dawkowaniem określonym w Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji ECCO oraz ESPGHAN. **3. Dawkowanie ustekinumabu** Dawkowanie ustekinumabu zgodnie z dawkowaniem określonym w Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji ECCO. **4. Dawkowanie wedolizumabu** Dawkowanie wedolizumabu zgodnie z dawkowaniem określonym w Charakterystyce	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia** 1) Morfologia krwi obwodowej; 2) Aminotransferaza alaninowa (AlAT); 3) Aminotransferaza asparaginianowa (AspAT); 4) Poziom kreatyniny w surowicy; 5) Białko C-reaktywne; 6) Badanie ogólne moczu; 7) Próba tuberkulinowa lub test Quantiferon; 8) Antygen HBs; 9) Przeciwciała anty HCV; 10) Antygen wirusa HIV(HIV Ag/Ab Combo); 11) Stężenie elektrolitów w surowicy; 12) RTG klatki piersiowej; 13) EKG z opisem (wymagane wyłącznie u dorosłych pacjentów); 14) Obliczenie wartości wskaźnika CDAI u pacjentów powyżej 18 roku życia albo PCDAI u dzieci.

4) Udokumentowany brak odpowiedzi na leczenie co najmniej jednym inhibitorem TNF alfa lub występowanie przeciwwskazań lub objawów nietolerancji takiego leczenia; 5) Do programu kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia infliksymabem, lub adalimumabem, lub wedolizumabem, lub ustekinumabem a ich dotychczasowe leczenie infliksymabem, lub adalimumabem, lub wedolizumabem, lub ustekinumabem było finansowane w ramach hospitalizacji według jednorodnych grup pacjentów (JGP) lub dostępu do terapii ratunkowej pod warunkiem, że: – przed rozpoczęciem terapii spełniali kryteria włączenia do programu, – łączny czas terapii infliksymabem, lub adalimumabem, lub wedolizumabem, lub ustekinumabem nie jest dłuższy od łącznego czasu terapii indukcyjnej i podtrzymującej określonego poniżej, – nie zachodzą kryteria stanowiące przeciwwskazania do udziału w programie, – nie zachodzą okoliczności o których mowa w punkcie dotyczącym zakończenia leczenia gdy kończy się udział pacjenta w programie; Kobiety w wieku rozrodczym muszą wyrazić zgodę na świadomą kontrolę urodzeń w trakcie leczenia oraz – w okresie do 6 miesięcy po zastosowaniu ostatniej dawki infliksymabu, lub – w okresie do 5 miesięcy po zastosowaniu ostatniej dawki adalimumabu, lub – w okresie do minimum 15 tygodni po zastosowaniu ostatniej dawki ustekinumabu, lub – w okresie przez co najmniej 18 tygodni po zastosowaniu ostatniej dawki wedolizumabu. W trakcie kwalifikacji do programu wszyscy chorzy pediatryczni (dzieci w wieku od 6 lat do momentu ukończenia 18 roku życia) otrzymują Kartę Ostrzeżeń dla pacjenta. Potwierdzenie faktu otrzymania Karty Ostrzeżeń dla pacjenta	Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji ECCO.	**2. Monitorowanie terapii infliksymabem, lub adalimumabem, lub ustekinumabem, lub wedolizumabem** 1) Po zakończeniu leczenia indukcyjnego świadczeniodawca wykonuje u pacjenta następujące badania: morfologia krwi obwodowej, CRP, AlAT i AspAT. Wtedy też należy przeprowadzić ocenę wskaźnika CDAI albo PCDAI (jeśli dotyczy dzieci); 2) W leczeniu podtrzymującym świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać morfologię krwi obwodowej, CRP, AlAT i AspAT oraz ocenę CDAI albo PCDAI (jeśli dotyczy dzieci) przy każdej wizycie pacjenta związanej z podaniem kolejnej dawki leku. (W przypadku podania kolejnej dawki leku w domu powyższe badania nie są konieczne). **3. Monitorowanie programu** 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) Uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;

przechowywane jest w dokumentacji medycznej pacjenta. **2. Leczenie podtrzymujące** Po podaniu ostatniej dawki w terapii indukcyjnej należy dokonać oceny odpowiedzi na leczenie przy użyciu skali PCDAI albo CDAI. Świadczeniobiorcy z odpowiedzią kliniczną przechodzą do leczenia podtrzymującego. 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. **3. Określenie czasu leczenia w programie** W momencie oceny skuteczności terapii indukcyjnej (punkty 1a, 2a, 3a i 4a poniżej) należy zdecydować, czy jest wskazane leczenie podtrzymujące i ewentualnie w tym momencie czasowym je rozpocząć. W przypadku wedolizumabu leczenie indukcyjne obejmuje podanie trzech, a przy braku odpowiedzi czterech dawek leku (0,2,6 ew. 10 tygodni). O potrzebie wizyty w 10 tygodniu w przypadku wedolizumabu decyduje sytuacja kliniczna pacjenta. 1) Infliksymab a) terapia indukcyjna: 6 tygodni; b) leczenie podtrzymujące infliksymabem powinno trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie jednakże nie dłużej niż 24 miesiące od momentu podania pierwszej dawki w terapii indukcyjnej; 2) Adalimumab a) terapia indukcyjna: 12 tygodni; b) leczenie podtrzymujące adalimumabem powinno trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie (w tym również stwierdzenie konieczności wykonania zabiegu chirurgicznego związanego z chorobą), jednakże nie dłużej niż 12 miesięcy od momentu podania pierwszej dawki adalimumabu w terapii indukcyjnej;		3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

3) Ustekinumab a) terapia indukcyjna: 8 tygodni; b) leczenie podtrzymujące ustekinumabem powinno trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie, jednakże nie dłużej niż 12 miesięcy od momentu podania pierwszej dawki ustekinumabu w terapii indukcyjnej; 4) Wedolizumab a) terapia indukcyjna: 14 tygodni; b) leczenie podtrzymujące wedolizumabem powinno trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie jednakże nie dłużej niż 24 miesiące od momentu podania pierwszej dawki w terapii indukcyjnej. **4. Kryteria wyłączenia z programu** W przypadku wystąpienia przynajmniej jednego z poniższych kryteriów pacjent zostaje wyłączony z programu. 1) Nadwrażliwość na leki stosowane w programie; 2) Ciężkie zakażenia wirusowe, grzybicze lub bakteryjne; 3) Umiarkowana lub ciężka niewydolność mięśnia sercowego; 4) Niestabilna choroba wieńcowa; 5) Przewlekła niewydolność oddechowa; 6) Przewlekła niewydolność nerek; 7) Przewlekła niewydolność wątroby; 8) Zespół demielinizacyjny lub objawy przypominające ten zespół; 9) Choroba alkoholowa, poalkoholowe uszkodzenie wątroby lub każdą czynną postępującą chorobę wątroby; 10) Ciąża lub karmienie piersią; 11) Rozpoznanie stanów przednowotworowych lub nowotworów złośliwych w okresie 5 lat poprzedzających moment kwalifikowania do programu;		

12) Powikłania wymagające zmiany postępowania (np. radykalnego leczenia operacyjnego - chirurgiczne zaopatrzenie przetok, może i powinno się odbywać w miarę wskazań klinicznych w trakcie leczenia biologicznego). **5. Zakończenie leczenia w programie** Zakończenie leczenia powinno nastąpić w przypadku spełnienia przynajmniej jednego z kryteriów określonych w pkt 1-3. 1) Brak efektów leczenia; 2) Wystąpienie działań niepożądanych leczenia; 3) Wystąpienie powikłań wymagających innego specyficznego leczenia; Odpowiedź kliniczna definiowana jest jako zmniejszenie wskaźnika CDAI o co najmniej 70 punktów oraz o co najmniej 25% względem wartości początkowej albo zmniejszenie wskaźnika PCDAI o co najmniej 12,5 punktów względem wartości początkowej oraz PCDAI ≤ 30 punktów. Dostępne dane nie uzasadniają dalszego leczenia infliksymabem u dzieci i młodzieży, które nie zareagowały w ciągu pierwszych 10 tygodni leczenia oraz dalszego leczenia wedolizumabem u osób, które nie zareagowały w ciągu pierwszych 14 tygodni leczenia. W przypadku braku odpowiedzi lub nietolerancji rozpoczętego leczenia infliksymabem, lub adalimumabem, lub ustekinumabem, lub wedolizumabem, lub wystąpieniu działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuację możliwe jest zastosowanie innego leku dopuszczonego w programie lekowym dedykowanym leczeniu choroby Leśniowskiego - Crohna po spełnieniu kryteriów tego programu, o ile nie został on zastosowany wcześnie.; nie ma konieczności powtarzania wszystkich badań kwalifikacyjnych; o zakresie tych badań decyduje sytuacja kliniczna. Maksymalny czas leczenia lekiem kolejnego wyboru jest taki, jak podano w opisie każdego leku (tzn. nie sumuje się z czasem podawania poprzednich leków). W przypadku wystąpienia u pacjenta dorosłego (powyżej 18 roku życia) kolejnego zaostrzenia, po zakończeniu leczenia adalimumabem w ramach programu lekowego możliwa jest uzasadniona względami medycznymi ponowna		

kwalifikacja do programu, jednak nie wcześniej niż w okresie 8 tygodni od zakończenia poprzedniej terapii. W przypadku wystąpienia u pacjenta dorosłego (powyżej 18 roku życia) kolejnego zaostrzenia, po zakończeniu leczenia infliksymabem, lub ustekinumabem, lub wedolizumabem w ramach programu lekowego, możliwa jest uzasadniona względami medycznymi ponowna kwalifikacja do programu, jednak nie wcześniej niż w okresie 16 tygodni od zakończenia poprzedniej terapii. **6. Kryteria ponownego włączenia do programu dla populacji pediatrycznej (dzieci w wieku od 6 lat do momentu ukończenia 18 roku życia) w terapii infliksymabem lub adalimumabem.** 1) Pacjent, u którego zaprzestano podawania infliksymabu lub adalimumabu zastosowanego zgodnie z zapisami programu z powodu uzyskania remisji, u którego wystąpiło zaostrzenie, jest włączany do leczenia w ramach programu. Nawrót aktywnej choroby stwierdza się, gdy wskaźnik aktywności PCDAI > 10 punktów; 2) W ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii infliksymabem lub adalimumabem, jeśli pacjent był w przeszłości leczony nieskutecznie; 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.33

LECZENIE REUMATOIDALNEGO ZAPALENIA STAWÓW I MŁODZIEŃCZEGO IDIOPATYCZNEGO ZAPALENIA STAWÓW O PRZEBIEGU AGRESYWNYM (ICD-10 M 05, M 06, M 08)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
REUMATOIDALNE ZAPALENIE STAWÓW		
1. Kryteria kwalifikacji: 1) Podczas pierwszej kwalifikacji do programu oraz gdy jest to wskazane w opisie programu, udział pacjenta w programie wymaga uzyskania akceptacji za pośrednictwem aplikacji SMPT przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Do czasu aktualizacji aplikacji SMPT, dopuszcza się udział pacjenta w programie na podstawie akceptacji Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, uzyskanej w inny sposób niż za pośrednictwem aplikacji SMPT. Ponadto, gdy jest to zaznaczone w opisie programu, udział pacjenta może wymagać uzyskania indywidualnej zgody Zespołu, o którym mowa powyżej. 2) Do terapii inhibitorem TNF alfa albo tocilizumabem albo tofacytynibem albo baricytynibem kwalifikuje się pacjentów z rozpoznaniem RZS, 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 4 miesiące w monoterapii lub terapii łączonej (w tym po niepowodzeniu terapii metotreksatem w postaci doustnej lub podskórnej):	**1. Dawkowanie:** 1) Inhibitory TNF alfa, tocilizumab, rytuksymab, baricytynib i tofacytynib należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ACR. 2) Zmiana postaci dożylnej tocilizumabu na podskórną może być przeprowadzona wyłącznie zgodnie z wymaganiami określonymi w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego oraz pod nadzorem wykwalifikowanego personelu medycznego. 3) Powyższe leki podaje się z metotreksatem (w postaci doustnej lub podskórnej) w skutecznej klinicznie i tolerowanej przez chorego dawce, chyba, że występują przeciwwskazania do stosowania metotreksatu. W przypadku wystąpienia przeciwwskazań do stosowania metotreksatu należy rozważyć podawanie adalimumabu, certolizumabu pegol,	**1. Badania przy kwalifikacji do programu:** 1) czynnik reumatoidalny w surowicy lub aCCP – kiedykolwiek w przeszłości; 2) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon; 3) obecność antygenu HBs; 4) przeciwciała anty-HCV, a w przypadku pozytywnego wyniku – oznaczenie PCR HCV metodą ilościową; 5) antygen wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo); 6) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją); 7) EKG z opisem. 8) morfologia krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia tocilizumabem lub baricytynibem lub tofacytynibem - morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych oraz limfocytów;

a) z dużą aktywnością choroby, udokumentowaną w trakcie dwóch badań lekarskich w odstępie 1-3 miesięcy. Dużą aktywność choroby stwierdza się, gdy jest spełnione jedno z poniższych kryteriów: – wartość DAS 28 – większa niż 5,1 albo – wartość DAS – większa niż 3,7 albo – wartość SDAI – większa niż 26 lub b) z innymi postaciami RZS, niezależnie od wartości DAS 28, DAS, SDAI, tj.: – z postacią uogólnioną (Zespół Stilla u dorosłych) lub – z RZS z wtórną amyloidozą lub – z RZS z towarzyszącym zapaleniem naczyń. 3) Do terapii inhibitorem TNF alfa kwalifikują się, bez konieczności spełnienia kryterium pkt 1 ppkt 2a) części dotyczącej RZS niniejszego programu, pacjenci poddani leczeniu RZS w ramach programów lekowych: a) jednym lub dwoma inhibitorami TNF alfa lub tocilizumabem lub tofacytynibem lub baricytinbem, u których: – wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą lub – wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub – stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS). Zastosowanie trzeciego inhibitora TNF alfa w programach lekowych dotyczących leczenia RZS możliwe jest tylko i wyłącznie w przypadku, kiedy przyczyną odstawienia pierwszego i/lub drugiego leku z tej grupy u danego pacjenta były objawy nietolerancji i/lub działania niepożądane, których w opinii lekarza prowadzącego na podstawie dostępnej wiedzy medycznej można uniknąć stosując inny lek z grupy inhibitorów TNF alfa. b) rytuksymabem, u których: – wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą lub	etanerceptu, tocilizumabu, baricytynibu oraz tofacytynibu łącznie z sulfasalazyną lub leflunomidem w obowiązujących dawkach lub w monoterapii.	9) płytki krwi (PLT); 10) odczyn Biernackiego (OB); 11) stężenie białka C-reaktywnego (CRP); 12) stężenie kreatyniny w surowicy; 13) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT); 14) aminotransferaza alaninowa (AlAT); 15) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza); 16) stężenie immunoglobulin G i M w surowicy - u pacjentów kwalifikowanych do leczenia rytuksymabem; 17) stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów - u pacjentów kwalifikowanych do leczenia tocilizumabem lub tofacytynibem lub baricytynibem. **2. Monitorowanie leczenia:** 1) Monitorowanie terapii inhibitorem TNF alfa lub tocilizumabem lub baricytynibem lub tofacytynibem - po 90 dniach (± 14 dni) i 180 dniach (± 28 dni) od pierwszego podania substancji czynnej należy wykonać: a) morfologię krwi, a w przypadku pacjentów leczonych tocilizumabem lub baricytynibem lub tofacytynibem - morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych i limfocytów b) płytki krwi (PLT); c) odczyn Biernackiego (OB); d) stężenie białka C-reaktywnego (CRP);

– wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub – stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS). Kwalifikacja do terapii inhibitorem TNF alfa po wcześniejszym leczeniu rytuksymabem jest możliwa dopiero po upływie 6 miesięcy od podania ostatniej dawki rytuksymabu z uwzględnieniem potencjalnego ryzyka i korzyści. 4) Do terapii tocilizumabem kwalifikują się, bez konieczności spełnienia kryterium pkt 1 ppkt 2a) części dotyczącej RZS niniejszego programu, pacjenci poddani leczeniu RZS w ramach programów lekowych: a) jednym, dwoma lub trzema inhibitorami TNF alfa lub tofacytynibem lub baricytynibem, u których: – wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą lub – wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub – stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS); b) rytuksymabem, u których: – wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą lub – wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub – stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS).		e) stężenie kreatyniny w surowicy; f) AspAT i AlAT; g) stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów - u pacjentów leczonych tocilizumabem lub baricytynibem lub tofacytynibem. oraz obliczyć wartość wskaźnika DAS 28 lub DAS lub SDAI, a także dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii. Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe powtarzać po każdych kolejnych 180 dniach (± 28 dni). 2) Monitorowanie terapii rytuksymabem - po 180 dniach (± 28 dni) od pierwszego podania substancji czynnej leku biologicznego należy wykonać: a) morfologię krwi; b) odczyn Biernackiego (OB); c) stężenie białka C-reaktywnego (CRP); d) stężenie kreatyniny w surowicy; e) AspAT i AlAT; f) stężenie immunoglobulin G i M w surowicy oraz obliczyć wartość wskaźnika DAS 28 lub DAS lub SDAI, a także dokonać oceny skuteczności leczenia. Jeżeli terapia jest powtarzana powyższe powtarzać po każdych kolejnych 180 dniach (± 28 dni) od ponownego podania leku. **3. Monitorowanie programu:** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących

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. 5) Do terapii rytuksymabem kwalifikują się, bez konieczności spełnienia kryterium pkt 1 ppkt 2a) części dotyczącej RZS niniejszego programu, pacjenci poddani leczeniu RZS w ramach programów lekowych: a) jednym, dwoma lub trzema inhibitorami TNF alfa lub tocilizumabem lub tofacytynibem lub baricytynibem, u których: – wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą lub – wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub – stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS). 6) Do terapii tofacytynibem kwalifikują się, bez konieczności spełnienia kryterium pkt 1 ppkt 2a) części dotyczącej RZS niniejszego programu, pacjenci poddani leczeniu RZS w ramach programów lekowych: a) jednym, dwoma lub trzema inhibitorami TNF alfa lub tocilizumabem lub rytuksymabem lub baricytynibem, u których: – wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą lub – wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub – stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS). Kwalifikacja do terapii tofacytynibem po wcześniejszym leczeniu rytuksymabem jest możliwa dopiero po upływie co najmniej 6 miesięcy od		monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

podania ostatniej dawki rytuksymabu z uwzględnieniem potencjalnego ryzyka i korzyści. 7) W ramach programów lekowych dotyczących leczenia RZS nie jest możliwe zastosowanie więcej niż siedmiu leków, w tym pięciu leków biologicznych, baricytynibu i tofacytynibu , 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 oraz z zastrzeżeniem, że baricytynib może być zastosowany wyłącznie w pierwszej linii leczenia. 8) W ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie. 9) Kwalifikacja pacjenta do drugiego leku i kolejnych w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem programu. 10) W przypadkach, w których pacjentowi grozi kalectwo lub zagrożone jest jego życie, decyzją Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, pacjent może być zakwalifikowany do leczenia biologicznego lub tofacytynibu lub baricytynibem w przypadku niespełnienia części kryteriów opisanych w programie, jeśli leczenie jest zgodne z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami oraz wiedzą medyczną. 11) W przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, którym odbywa się leczenie. **2. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do udziału w programie:** Przeciwwskazania do udziału w programie wynikają z przeciwwskazań do stosowania określonych w Charakterystykach Produktów Leczniczych poszczególnych substancji czynnych ujętych w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ACR.		

3. Czas leczenia w programie: 1) Kryteria kwalifikacji i wyłączenia z programu określają czas leczenia w programie. 2) Czas leczenia daną substancją czynną w ramach programu przy pierwszym podawaniu leku biologicznego lub tofacytynibu lub baricytynibu nie może być dłuższy niż 18 miesięcy, z zastrzeżeniem pkt 5 ppkt 1 w części dotyczącej RZS niniejszego programu. 3) W przypadku czasowej przerwy w leczeniu daną substancją czynną dłuższej niż miesiąc z przyczyn uzasadnionych klinicznie, czas leczenia i schemat monitorowania ulega wydłużeniu o okres przerwy w podawaniu leku. 4) Ograniczenie czasu leczenia w programie wynikające z pkt 3 ppkt 2 oraz pkt 4 ppkt 4 nie dotyczy pacjentów leczonych rytuksymabem z uwagi na inny schemat podawania leku i oceny skuteczności, które zostały określone w Charakterystyce Produktu Leczniczego oraz rekomendacjach EULAR. **4. Kryteria wyłączenia z programu:** 1) nie stwierdzenie po 3 miesiącach (± 14 dni) od pierwszego podania inhibitora TNF alfa albo tocilizumabu albo tofacytynibu albo baricytynibu osiągnięcia co najmniej umiarkowanej aktywności choroby mierzonej wskaźnikiem DAS 28 ≤ 5,1 albo DAS ≤3,7, albo SDAI ≤ 26; 2) nie stwierdzenie po 6 miesiącach (± 28 dni) od pierwszego podania substancji czynnej leku biologicznego albo tofacytynibu albo baricytynibu 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; 3) utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie, tj.: stwierdzenie w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących zaostrzenia tak, że pacjent przestaje spełniać kryteria remisji lub niskiej aktywności choroby, jeżeli uzyskanie remisji nie było możliwe; 4) utrzymywanie się przez okres 12-15 miesięcy remisji lub niskiej aktywności choroby - jeżeli uzyskanie remisji nie było możliwe w ciągu		

pierwszych sześciu miesięcy terapii daną substancją czynną przy jej pierwszym podawaniu; 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; 6) jeśli u chorego zaprzestano podawania leków z grupy inhibitorów TNF alfa lub tocilizumabu lub tofacytynibu lub baricytynibu z powodu uzyskania niskiej aktywności choroby lub remisji i doszło u niego do nawrotu aktywnej choroby w okresie poniżej 12 tygodni, wtedy decyzja o długości leczenia, dawkowaniu i częstości podawania leku w programie po nawrocie i ponownym uzyskaniu niskiej aktywności choroby lub remisji, należy do lekarza prowadzącego; 7) lekarz prowadzący może zwrócić się do Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych o wyrażenie zgody na kontynuację leczenia daną substancją czynną w uzasadnionych sytuacjach klinicznych w przypadku nieuzyskania przez chorego niskiej aktywności choroby zgodnie z pkt 4 ppkt 2, szczególnie u pacjentów z wyjściową bardzo dużą aktywnością choroby i/lub występowaniem czynników złej prognozy. Bez zgody Zespołu Koordynacyjnego dalsze leczenie daną substancją czynną w przypadku braku uzyskania niskiej aktywności choroby po 6 miesiącach terapii nie jest możliwe. **5. Kryteria ponownego włączenia do programu:** 1) Pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej leku biologicznego lub tofacytynibu lub baricytynibu, zastosowanej zgodnie z zapisami programu z powodu uzyskania remisji lub niskiej aktywności choroby i u którego w trakcie badania kontrolnego stwierdzono nawrót aktywnej choroby, jest włączany do leczenia w ramach programu bez kwalifikacji. 2) Nawrót aktywnej choroby stwierdza się gdy, w stosunku do wartości obliczonej w momencie odstawienia substancji czynnej leku biologicznego lub tofacytynibu lub baricytynibu, nastąpił wzrost wartości:		

a) DAS 28 o więcej niż 1,2, tak że jego wartość jest większa niż 3,2 albo b) DAS o więcej niż 1,2, tak że jego wartość jest większa niż 2,4 albo c) SDAI o więcej niż 5, tak że jego wartość jest większa niż 11. 3) Pacjent jest włączany do ponownego leczenia substancją czynną, której zastosowanie wywołało co najmniej niską aktywność choroby. 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.		
MŁODZIEŃCZE IDIOPATYCZNE ZAPALENIE STAWÓW		
1. Kryteria kwalifikacji: 1) Podczas pierwszej kwalifikacji do programu oraz gdy jest to wskazane w opisie programu, udział pacjenta w programie wymaga uzyskania akceptacji za pośrednictwem aplikacji SMPT przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Do czasu aktualizacji aplikacji SMPT, dopuszcza się udział pacjenta w programie na podstawie akceptacji Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, uzyskanej w inny sposób niż za pośrednictwem aplikacji SMPT. Ponadto, gdy jest to zaznaczone w opisie programu, udział pacjenta może wymagać uzyskania indywidualnej zgody Zespołu, o którym mowa powyżej. 2) Do programu kwalifikuje się pacjentów od 2 roku życia (do terapii adalimumabem lub tocilizumabem w postaci dożylnej) albo od 4 roku życia (do terapii etanerceptem), spełniających kryteria rozpoznania: a) wielostawowej postaci młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów (MIZS) z co najmniej 5 obrzękniętymi stawami i co najmniej 3 stawami o ograniczonej ruchomości oraz bolesnością, przyspieszonym powyżej	**1. Dawkowanie:** 1. Adalimumab, etanercept i tocilizumab w postaci dożylnej należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ACR. 2. Powyższe leki należy podawać z metotreksatem w skutecznej klinicznie i tolerowanej przez chorego dawce, chyba, że występują przeciwwskazania do stosowania metotreksatu. W przypadku wystąpienia przeciwwskazań do stosowania metotreksatu, należy rozważyć podawanie adalimumabu, etanerceptu oraz tocilizumabu w postaci dożylnej z innym, wymienionym w programie lekiem modyfikującym przebieg choroby/immunosupresyjnym w obowiązującej dawce.	**1. Badania przy kwalifikacji do programu:** 1) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon; 2) obecność antygenu HBs; 3) przeciwciała anty-HCV; 4) antygen wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo); 5) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją); 6) EKG z opisem. 7) morfologia krwi, a w przypadku kwalifikowania do terapii tocilizumabem w postaci dożylnej - morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych; 8) płytki krwi (PLT); 9) odczyn Biernackiego (OB); 10) stężenie białka C-reaktywnego (CRP); 11) stężenie kreatyniny w surowicy;

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. 3) Ponadto do terapii tocilizumabem w postaci dożylnej kwalifikują się pacjenci od 2 roku życia, z rozpoznaniem: a) MIZS o początku uogólnionym (rozpoznanie na podstawie kryteriów ILAR z 1997 r.) z dominującymi objawami układowymi, u których mimo stosowania przez co najmniej 2 tygodnie pełnych dawek glikokortykosteroidów (GKS) (doustnie 1-2 mg/kg m.c./dobę, maksymalnie 60 mg/dobę lub metyloprednizolonu 10-30 mg/kg m.c./wlew przez 3 dni i ewentualnie powtarzane przez kolejne tygodnie) utrzymuje się lub wystąpiła ponownie gorączka i utrzymują się układowe objawy wysokiej aktywności choroby, rozumianej jako wartość 5 lub więcej w 10-punktowej skali, wg oceny lekarza albo b) MIZS o początku uogólnionym (rozpoznanie na podstawie kryteriów ILAR z 1997 r.) z zajęciem co najmniej 5 stawów lub z zajęciem co najmniej 2 stawów i towarzyszącą gorączką powyżej 38°C, u których aktywna		12) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT); 13) aminotransferaza alaninowa (AlAT); 14) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza); 15) stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów - u pacjentów kwalifikowanych do leczenia tocilizumabem w postaci dożylnej. **2. Monitorowanie leczenia:** 1) W ciągu pierwszych sześciu miesięcy terapii daną substancją czynną, wymienione niżej badania należy wykonać nie rzadziej niż co 90 dni (± 14 dni): a) morfologia krwi, a w przypadku pacjentów leczonych tocilizumabem w postaci dożylnej - morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych; b) odczyn Biernackiego (OB); c) stężenie białka C-reaktywnego (CRP); d) stężenie kreatyniny w surowicy; e) AspAT i AlAT; f) stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów - u pacjentów leczonych tocilizumabem w postaci dożylnej oraz dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii. Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe powtarzać po każdych kolejnych 180 dniach (± 28 dni).

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. 4) Do programu kwalifikują się także pacjenci poddani leczeniu MIZS inhibitorem TNF alfa lub tocilizumabem w postaci dożylnej w ramach programu lekowego, u których: a) wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą leku lub b) wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub c) stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w części dotyczącej MIZS niniejszego programu lekowego). 5) Do programu kwalifikowani są również pacjenci, uprzednio leczeni tocilizumabem w postaci dożylnej w ramach hospitalizacji według jednorodnych grup pacjentów (JGP) pod warunkiem, że przed rozpoczęciem terapii spełniali kryteria włączenia do programu oraz nie spełnili kryteriów zakończenia udziału w programie – po uzyskaniu akceptacji Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych. 6) 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. 7) W ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie.		**3. Monitorowanie programu:** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

8) Kwalifikacja pacjenta do drugiego leku i kolejnych w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem programu. 9) Obowiązujące dawki leków modyfikujących przebieg choroby/leków immunosupresyjnych wynoszą dla: metotreksatu – 10-20 mg/m²/tydzień (maksymalnie 30 mg/tydzień), sulfasalazyny – 20-50 mg/kg m.c./dobę, cyklosporyny A – 3-5 mg/kg m.c./dobę, chlorochiny (ewentualnie hydroksychlorochiny) – 4-6 mg/kg m.c./dobę, azatiopryny – 1,0-2,5 mg/kg m.c./dobę, jeżeli leczenie jest dobrze tolerowane. 10) W przypadkach, w których pacjentowi grozi kalectwo lub zagrożone jest jego życie, decyzją Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, pacjent może być zakwalifikowany do leczenia biologicznego w przypadku niespełnienia części kryteriów opisanych w programie, jeśli leczenie jest zgodne z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami oraz wiedzą medyczną. 11) W przypadku miesiączkujących dziewcząt wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, którym odbywa się leczenie biologiczne. **2. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do kwalifikacji do programu:** Przeciwwskazania do udziału w programie wynikają z przeciwwskazań do stosowania określonych w Charakterystykach Produktów Leczniczych poszczególnych substancji czynnych ujętych w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ACR. **3. Czas leczenia w programie:** 1) Kryteria kwalifikacji i wyłączenia z programu określają czas leczenia w programie. 2) Czas leczenia daną substancją czynną w ramach programu przy pierwszym podawaniu leku biologicznego nie może być dłuższy niż 24 miesiące, z zastrzeżeniem pkt 5 ppkt 1 w części dotyczącej MIZS niniejszego programu.		

3) W przypadku czasowej przerwy w leczeniu daną substancją czynną dłuższej niż miesiąc z przyczyn uzasadnionych klinicznie, czas leczenia i schemat monitorowania ulega wydłużeniu o okres przerwy w podawaniu leku. 4) Pacjent będący w trakcie terapii, który ukończył 18 rok życia, może kontynuować terapię w pediatrycznym ośrodku realizującym program lekowy dotyczący leczenia MIZS do czasu jej ukończenia, jednak nie dłużej niż do ukończenia 20 roku życia, po uzyskaniu indywidualnej zgody Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego NFZ. **4. Kryteria wyłączenia z programu:** 1) brak adekwatnej odpowiedzi na leczenie, stwierdzony po 3 pierwszych miesiącach (± 14 dni) terapii daną substancją czynną. Adekwatną odpowiedź na leczenie definiujemy jako: a) poprawę o co najmniej 30% od wartości wyjściowych po 3 pierwszych miesiącach terapii według oceny Gianniniego – u pacjentów z rozpoznaniem MIZS z dominującymi objawami ze strony stawów, b) ustąpienie objawów układowych po 3 pierwszych miesiącach terapii – u pacjentów z rozpoznaniem MIZS z dominującymi objawami układowymi; 2) utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie stwierdzona po kolejnych 3 miesiącach (± 14 dni); 3) niespełnienie kryteriów poprawy ACR Pediatric 50 po pierwszych 12 miesiącach (± 28 dni) leczenia, a więc nieuzyskanie przynajmniej 50-procentowej poprawy w 3 z 6 następujących parametrów, przy jednoczesnym braku pogorszenia o 50% w więcej niż jednym z poniższych parametrów: a) liczba stawów z czynnym zapaleniem; b) liczba stawów z ograniczeniem ruchomości; c) ocena aktywności choroby dokonana przez lekarza na 10-centymetrowej skali VAS; d) ocena ogólnego samopoczucia dokonana przez rodzica lub chore dziecko na 10-centymetrowej skali VAS;		

e) wskaźnik stanu funkcjonalnego dziecka (np. CHAQ); f) laboratoryjny wskaźnik ostrej fazy (OB. lub CRP). 4) utrata kryteriów poprawy ACR Pediatric 50 w trakcie kolejnych wizyt monitorujących po każdych kolejnych 180 dniach (± 28 dni); 5) utrzymywanie się przez okres 12 miesięcy kryteriów poprawy ACR Pediatric 50; 6) u pacjentów zakwalifikowanych do leczenia na podstawie pkt 1 ppkt 2c) (MIZS z dominującym zapaleniem błony naczyniowej oka) niespełniających jednocześnie kryteriów kwalifikacji określonych w pkt 1 ppkt 2a) i 2b) oraz 3a) i 3b) – brak uzyskania istotnej klinicznie poprawy w zakresie zapalenia błony naczyniowej oka po pierwszych 12 miesiącach (± 28 dni) potwierdzonej badaniem okulistycznym oraz utrzymywanie się istotnej klinicznie poprawy przez okres kolejnych 12 miesięcy; 7) 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; 8) jeśli u chorego zaprzestano podawania leków z grupy inhibitorów TNF alfa lub tocilizumabu w postaci dożylnej z powodu spełnienia i utrzymywania się kryteriów poprawy ACR Pediatric 50 i doszło u niego do nawrotu aktywnej choroby w okresie poniżej 12 tygodni, wtedy decyzja o długości leczenia, dawkowaniu i częstości podawania leku biologicznego po nawrocie i ponownym spełnieniu kryteriów poprawy ACR Pediatric 50, należy do lekarza prowadzącego; 9) lekarz prowadzący może zwrócić się do Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych o wyrażenie zgody na kontynuację leczenia daną substancją czynną w uzasadnionych sytuacjach klinicznych w przypadku niespełnienia przez chorego kryteriów poprawy ACR Pediatric 50 zgodnie z pkt 4 ppkt 3, szczególnie u pacjentów z wyjściową bardzo dużą aktywnością choroby i/lub występowaniem czynników złej prognozy. Bez zgody Zespołu Koordynacyjnego dalsze leczenie daną substancją czynną w przypadku niespełnienia kryteriów ACR Pediatric 50 po 12 miesiącach terapii nie jest możliwe.		

5. Kryteria ponownego włączenia do programu: 1) Pacjent, u którego zaprzestano, zgodnie z pkt 4 ppkt 5, podawania substancji czynnej leku biologicznego zastosowanej zgodnie z zapisami programu i u którego w trakcie badania kontrolnego stwierdzono nawrót aktywnej choroby, definiowanej jako brak utrzymywania się kryteriów poprawy ACR Pediatric 50, jest włączany do leczenia w ramach programu bez kwalifikacji. 2) Pacjent jest włączany do ponownego leczenia substancją czynną, której zastosowanie spowodowało spełnienie kryteriów poprawy ACR Pediatric 50. 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.35.

LECZENIE AKTYWNEJ POSTACI ŁUSZCZYCOWEGO ZAPALENIA STAWÓW (ŁZS) (ICD-10 L 40.5, M 07.1, M 07.2, M 07.3)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji 1) Podczas pierwszej kwalifikacji do programu oraz gdy jest to wskazane w opisie programu, udział pacjenta w programie wymaga uzyskania akceptacji za pośrednictwem aplikacji SMPT przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Do czasu aktualizacji aplikacji SMPT, dopuszcza się udział pacjenta w programie na podstawie akceptacji Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, uzyskanej w inny sposób niż za pośrednictwem aplikacji SMPT. Ponadto, gdy jest to zaznaczone w opisie programu, udział pacjenta może wymagać uzyskania indywidualnej zgody Zespołu, o którym mowa powyżej. 2) Do programu kwalifikuje się świadczeniobiorców spełniających wszystkie poniższe kryteria: a) z ustalonym rozpoznaniem ŁZS postawionym na podstawie kryteriów CASPAR, b) z aktywną i ciężką postacią choroby, c) z niezadowalającą odpowiedzią na stosowane dotychczas leki zgodnie z rekomendacjami EULAR/GRAPPA/ASAS. 3) Kryteria klasyfikacyjne CASPAR - co najmniej 3 punkty według systemu punktacji przedstawionego poniżej:	**1. Dawkowanie** Adalimumab, certolizumab pegol, etanercept, golimumab, infliksymab, iksekizumab sekukinumab, tofacytynib 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.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) obecność czynnika reumatoidalnego (RF) (z wyłączeniem testu lateksowego); 2) morfologia krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia tofacytynibem- morfologia krwi z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów i limfocytów; 3) płytki krwi (PLT); 4) odczyn Biernackiego (OB); 5) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT); 6) aminotransferaza alaninowa (AlAT); 7) stężenie kreatyniny w surowicy; 8) stężenie białka C-reaktywnego (CRP); 9) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza); 10) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon; 11) obecność antygenu HBs; 12) przeciwciała anty-HCV; 13) 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, b) dactylitis obecnie lub dodatni wywiad w kierunku dactylitis potwierdzony przez reumatologa – 1 pkt, c) brak czynnika reumatoidalnego (z wyłączeniem testu lateksowego) – 1 pkt, d) typowa dystrofia paznokci (liza paznokcia, objaw naparstka, bruzdowanie, hiperkeratoza) – 1 pkt, e) zmiany radiologiczne stawów dłoni lub stóp charakterystyczne dla ŁZS (okołostawowe tworzenie nowej kości z wyłączeniem osteofitów) – 1 pkt. 4) Aktywna i ciężka postać choroby: a) w przypadku postaci obwodowej ŁZS (postać z dominującymi objawami zapalnymi ze strony stawów obwodowych oraz przyczepów ścięgnistych) - aktywna i ciężka postać choroby musi być udokumentowana podczas dwóch wizyt lekarskich w odstępie przynajmniej 4 tygodni, przy braku zmian leczenia w tym okresie. Aktywną postać obwodową choroby definiuje się jako spełnienie jednego z poniższych alternatywnych kryteriów: 1) wg zmodyfikowanych kryteriów PsARC: – liczba obrzękniętych stawów lub zapalnie zmienionych przyczepów ścięgnistych (spośród ścięgien Achillesa oraz rozcięgien podeszwowych) - co najmniej 3 łącznie – w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni oraz – liczba tkliwych stawów lub przyczepów ścięgnistych (spośród ścięgien Achillesa oraz rozcięgien podeszwowych) - co najmniej 3 łącznie – w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni oraz – ogólna ocena aktywności choroby przez pacjenta odpowiadająca wartości 4 lub 5 w pięciostopniowej skali Likerta oraz		14) stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów- u pacjentów kwalifikowanych do leczenia tofacytynibem; 15) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją); 16) EKG z opisem; 17) badanie obrazowe RTG stawów krzyżowo-biodrowych, które potwierdza obecność sacroilitis - u pacjentów z postacią osiową. **2. Monitorowanie leczenia** 1) Monitorowanie terapii - po 3 miesiącach (± 1 miesiąc) i 6 miesiącach (± 1 miesiąc) od pierwszego podania substancji czynnej należy wykonać: a) morfologię krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia tofacytynibem morfologia krwi z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów i limfocytów; b) odczyn Biernackiego (OB); c) stężenie białka C-reaktywnego (CRP); d) stężenie kreatyniny w surowicy; e) AspAT i AlAT; f) stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów- u pacjentów kwalifikowanych do leczenia tofacytynibem oraz dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii.

– ogólna ocena aktywności choroby przez lekarza prowadzącego odpowiadająca wartości 4 lub 5 w pięciostopniowej skali Likerta oraz – ogólna ocena stanu choroby (aktywności, ciężkości i dalszej prognozy choroby oraz aktywności zawodowej), dokonana przez lekarza prowadzącego oraz drugiego lekarza – eksperta, specjalistę reumatologa, doświadczonego w leczeniu chorób z kręgu spondyloartropatii zapalnych lekami biologicznymi - więcej niż 5 cm na skali od 0 do 10 cm albo 2) wg DAS 28: – wartość DAS 28 – większa niż 3,2 albo 3) wg DAS: – wartość DAS – większa niż 2,4. 4) u pacjentów z aktywną postacią łuszczycy definiowaną jako spełnienie wszystkich poniższych kryteriów: – PASI większe niż 10 oraz – DLQI większe niż 10 oraz – BSA większe niż 10 program dopuszcza kwalifikację pacjentów z zajętą mniejszą liczbą stawów lub przyczepów ścięgnistych niż określono w pkt1 ppkt 4; b) w przypadku postaci osiowej ŁZS (postać z dominującym zajęciem stawów osiowych) - pacjenci z zapaleniem stawów krzyżowo-biodrowych stwierdzonym w badaniu RTG, z aktywną i ciężką postacią choroby, która musi być udokumentowana podczas dwóch wizyt lekarskich w odstępie przynajmniej 4 tygodni, przy braku zmian leczenia w tym okresie. Aktywną postać choroby definiuje się jako spełnienie wszystkich poniższych kryteriów: – wartość BASDAI ≥ 4 lub wartość ASDAS ≥ 2,1 – określona w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni,		Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe powtarzać po każdych kolejnych 6 miesiącach (± 1 miesiąc). **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w 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.

– ból kręgosłupa ≥ 4 na wizualnej skali od 0 do 10 cm – określony w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni, – ogólna ocena stanu choroby (aktywności, ciężkości i dalszej prognozy choroby oraz aktywności zawodowej), dokonana przez lekarza prowadzącego oraz drugiego lekarza – eksperta, specjalistę reumatologa, doświadczonego w leczeniu chorób z kręgu spondyloartropatii zapalnych lekami biologicznymi - więcej niż 5 cm na skali od 0 do 10 cm. 5) Niezadowalająca odpowiedź na stosowane dotychczas leki definiowana jest jako nieskuteczność leczenia: a) w przypadku postaci obwodowej ŁZS - utrzymywanie się aktywnej postaci choroby pomimo zastosowania co najmniej dwóch leków modyfikujących przebieg choroby/leków immunosupresyjnych, takich jak metotreksat, leflunomid, sulfasalazyna oraz cyklosporyna, zgodnie z obowiązującymi zaleceniami EULAR/GRAPPA, z których każdy zastosowany był przez co najmniej 3 miesiące w monoterapii lub terapii łączonej (w tym po niepowodzeniu terapii metotreksatem w postaci doustnej lub podskórnej). U pacjentów z zapaleniem przyczepów ścięgnistych będących podstawą kwalifikacji, dodatkowo po niepowodzeniu leczenia co najmniej dwoma niesteroidowymi lekami przeciwzapalnymi w maksymalnych rekomendowanych lub tolerowanych dawkach przez co najmniej 4 tygodnie każdym lub po niepowodzeniu co najmniej jednego miejscowego podania glikokortykosteroidów; b) w przypadku postaci osiowej ŁZS - utrzymywanie się aktywnej postaci choroby pomimo zastosowania co najmniej dwóch niesteroidowych leków przeciwzapalnych, z których każdy zastosowany był w maksymalnej rekomendowanej lub tolerowanej przez chorego dawce przez co najmniej 4 tygodnie w monoterapii. 6) W przypadkach, w których pacjentowi grozi kalectwo lub zagrożone jest jego życie, decyzją Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, pacjent może być zakwalifikowany do leczenia w przypadku niespełnienia części kryteriów opisanych w programie, jeśli		

leczenie jest zgodne z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami oraz wiedzą medyczną. 7) W przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, którym odbywa się leczenie biologiczne lub tofacytynibem. **2. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do udziału w programie** Przeciwwskazania do udziału w programie wynikają z przeciwwskazań do stosowania określonych w Charakterystykach Produktów Leczniczych poszczególnych leków ujętych w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/GRAPPA/ASAS. **3. Adekwatna odpowiedź na leczenie** 1) w przypadku postaci obwodowej ŁZS: a) wg zmodyfikowanych kryteriów PsARC: – po 3 miesiącach (± 1 miesiąc) terapii zmniejszenie o co najmniej 30% w stosunku do wartości sprzed leczenia łącznej liczby zajętych stawów i przyczepów ścięgnistych oraz zmniejszenie aktywności choroby wg skali Likerta o co najmniej jedną jednostkę, zarówno w ocenie chorego, jak i lekarza, – po 6 miesiącach (± 1 miesiąc) terapii osiągnięcie niskiej aktywności choroby definiowanej jako zmniejszenie o co najmniej 50% w stosunku do wartości sprzed leczenia łącznej liczby zajętych stawów i przyczepów ścięgnistych oraz aktywności choroby wg skali Likerta, zarówno w ocenie chorego, jak i lekarza, b) wg DAS 28 lub DAS: – po 3 miesiącach (± 1 miesiąc) od pierwszego podania uzyskanie co najmniej umiarkowanej aktywności choroby mierzonej wartością wskaźnika DAS 28 ≤ 5,1 albo DAS ≤ 3,7,		

– po 6 miesiącach (± 1 miesiąc) od pierwszego podania uzyskanie co najmniej niskiej aktywności choroby mierzonej wartością wskaźnika DAS 28 ≤ 3,2 albo DAS ≤ 2,4; 2) w przypadku postaci osiowej ŁZS: a) po 3 miesiącach (± 1 miesiąc) terapii zmniejszenie wartości BASDAI ≥ 50% lub ≥ 2 jednostki albo zmniejszenie wartości ASDAS o 50% lub ≥ 1,1 jednostki w stosunku do wartości sprzed leczenia, b) po 6 miesiącach (± 1 miesiąc) terapii uzyskanie niskiej aktywności choroby mierzonej wartością BASDAI < 3 albo ASDAS < 1,3. **4. Kryteria i warunki zamiany terapii na inną** 1) Zmiana terapii na leczenie inną, wymienioną w programie substancją czynną, możliwa jest tylko w następujących sytuacjach: a) wystąpienie ciężkiej reakcji uczuleniowej na substancję czynną lub pomocniczą lub b) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub c) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na zastosowaną substancję czynną zgodnie z pkt 3 lub utrata adekwatnej odpowiedzi stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących. 2) W ramach programów lekowych dotyczących leczenia ŁZS nie jest możliwe zastosowanie więcej niż sześciu leków, w tym pięciu leków biologicznych i tofacytynibu, w tym nie więcej niż dwóch inhibitorów TNF alfa w przypadku ich nieskuteczności oraz więcej niż trzech inhibitorów TNF alfa, jeśli przyczyną odstawienia przynajmniej jednego z nich była nietolerancja lub działania niepożądane. 3) W ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie.		

4) Kwalifikacja pacjenta do drugiego leku i kolejnych w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem programu. **5. Kryteria wyłączenia z programu** 1) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt 3; 2) utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących; 3) wystąpienie działań niepożądanych, które w opinii lekarza prowadzącego oraz zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, którym prowadzona jest terapia, są przeciwwskazaniami do leczenia daną substancją czynną. **6. Czas leczenia w programie** 1) Kryteria kwalifikacji i wyłączenia z programu określają czas leczenia w programie. 2) W przypadku istotnej czasowej przerwy w leczeniu daną substancją czynną, schemat monitorowania ulega modyfikacji z uwzględnieniem okresu przerwy w podawaniu leku. 3) Lekarz prowadzący może zwrócić się do Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych o wyrażenie zgody na kontynuację leczenia daną substancją czynną w uzasadnionych sytuacjach klinicznych w przypadku nieuzyskania przez chorego niskiej aktywności choroby zgodnie z pkt 3 ppkt 1 dla postaci obwodowej oraz pkt 3 ppkt 2 dla postaci osiowej po 6 miesiącach terapii, szczególnie u pacjentów z wyjściową bardzo dużą aktywnością choroby lub występowaniem czynników złej prognozy. Dalsze leczenie w programie nie jest możliwe bez uzyskania zgody Zespołu Koordynacyjnego w przypadku braku uzyskania niskiej aktywności choroby po 6 miesiącach (±1 miesiąc) terapii w ramach programu.		

7. Kryteria ponownego włączenia do programu 1) Pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej leku biologicznego lub tofacytynibu zastosowanej zgodnie z zapisami programu z powodu uzyskania niskiej aktywności choroby i u którego w trakcie badania kontrolnego stwierdzono nawrót aktywnej choroby zgodny z kryteriami włączenia do programu, jest włączany do leczenia w ramach programu bez kwalifikacji. 2) Pacjent jest włączany do ponownego leczenia substancją czynną, której zastosowanie wywołało niską aktywność choroby. 3) Do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta.		

Załącznik B.36.

LECZENIE AKTYWNEJ POSTACI ZESZTYWNIAJĄCEGO ZAPALENIA STAWÓW KRĘGOSŁUPA (ZZSK) (ICD-10 M 45)

<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) Podczas pierwszej kwalifikacji do programu oraz gdy jest to wskazane w opisie programu, udział pacjenta w programie wymaga uzyskania akceptacji za pośrednictwem aplikacji SMPT przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Do czasu aktualizacji aplikacji SMPT, dopuszcza się udział pacjenta w programie na podstawie akceptacji Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, uzyskanej w inny sposób niż za pośrednictwem aplikacji SMPT. Ponadto, gdy jest to zaznaczone w opisie programu, udział pacjenta może wymagać uzyskania indywidualnej zgody Zespołu, o którym mowa powyżej.
2) Do programu kwalifikuje się pacjentów spełniających wszystkie poniższe kryteria:
a) z rozpoznaniem ZZSK ustalonym na podstawie zmodyfikowanych kryteriów nowojorskich z uwzględnieniem sacroilitis w badaniu RTG,
b) z aktywną i ciężką postacią choroby, udokumentowaną podczas dwóch wizyt lekarskich w odstępie przynajmniej 4 tygodni, przy braku zmian leczenia w tym okresie,
c) 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</td>
<td>1. Dawkowanie
Adalimumab, certolizumabpegol, etanercept, golimumab, infliksymab i sekukinumab 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..</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji
1) oznaczenie antygenu HLA B27 kiedykolwiek w przeszłości;
2) morfologia krwi;
3) płytki krwi (PLT);
4) odczyn Biernackiego (OB);
5) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT);
6) aminotransferaza alaninowa (AlAT);
7) stężenie kreatyniny w surowicy;
8) stężenie białka C-reaktywnego (CRP);
9) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza);
10) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon;
11) obecność antygenu HBs;
12) przeciwciała anty-HCV;
13) obecność antygenu wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo);
14) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją);</td>
</tr>
</table>

4 tygodnie w monoterapii. Niezadowalająca odpowiedź na leczenie oznacza utrzymywanie się aktywnej i ciężkiej postaci choroby pomimo zastosowanego leczenia. 3) Aktywną i ciężką postać choroby definiuje się jako spełnienie wszystkich wymienionych niżej kryteriów: a) wartość BASDAI ≥ 4 lub wartość ASDAS ≥ 2,1,określona w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni, b) ból kręgosłupa ≥ 4 na wizualnej skali od 0 do 10 cm, określony w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni, c) ogólna ocena stanu choroby (aktywności, ciężkości i dalszej prognozy choroby oraz aktywności zawodowej), dokonana przez lekarza prowadzącego oraz drugiego lekarza – eksperta, specjalistę reumatologa, doświadczonego w leczeniu chorób z kręgu spondyloartropatii zapalnych lekami biologicznymi - więcej niż 5 cm na skali od 0 do 10 cm. 4) W przypadkach, w których pacjentowi grozi kalectwo lub zagrożone jest jego życie, decyzją Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, pacjent może być zakwalifikowany do leczenia biologicznego w przypadku niespełnienia części kryteriów opisanych w programie, jeśli leczenie jest zgodne z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami oraz wiedzą medyczną. 5) W przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, którym odbywa się leczenie biologiczne. **2. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do udziału w programie** Przeciwwskazania do udziału w programie wynikają z przeciwwskazań do stosowania określonych w Charakterystykach Produktów Leczniczych poszczególnych leków ujętych w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ASAS.		15) EKG z opisem; 16) Badanie obrazowe RTG stawów krzyżowo-biodrowych, które potwierdza obecność sacroilitisumożliwiające rozpoznanie ZZSK na podstawie zmodyfikowanych kryteriów nowojorskich. **2. Monitorowanie leczenia** 1) Monitorowanie terapii - po 3 miesiącach (±1 miesiąc) i 6 miesiącach (±1 miesiąc) od pierwszego podania substancji czynnej należy wykonać: a) morfologię krwi; b) odczyn Biernackiego (OB); c) stężenie białka C-reaktywnego (CRP); d) stężenie kreatyniny w surowicy; e) AspAT i AlAT oraz dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii. Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe powtarzać po każdych kolejnych 6 miesiącach (±1 miesiąc). **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;

3. Adekwatna odpowiedź na leczenie 1) po 3 miesiącach (±1 miesiąc) terapii zmniejszenie wartości BASDAI ≥ 50% lub ≥ 2 jednostki albo zmniejszenie wartości ASDAS o 50% lub ≥ 1,1 jednostki w stosunku do wartości sprzed leczenia; 2) po 6 miesiącach (±1 miesiąc) terapii uzyskanie niskiej aktywności choroby mierzonej wartością BASDAI < 3 albo ASDAS < 1,3. **4. Kryteria i warunki zamiany terapii na inną** 1) Zmiana terapii na leczenie inną, wymienioną w programie substancją czynną, możliwa jest tylko w następujących sytuacjach: a) wystąpienie ciężkiej reakcji uczuleniowej na substancję czynną lub pomocniczą lub b) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub c) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na zastosowaną substancję czynną zgodnie z pkt 3 lub utrata adekwatnej odpowiedzi stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących. 2) W ramach programów lekowych dotyczących leczenia ZZSK nie jest możliwe zastosowanie więcej niż czterech leków biologicznych, w tym nie więcej niż dwóch inhibitorów TNF alfa w przypadku ich nieskuteczności oraz nie więcej niż trzech inhibitorów TNF alfa, jeśli przyczyną odstawienia przynajmniej jednego z nich była nietolerancja lub działania niepożądane. 3) W ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie. 4) Kwalifikacja pacjenta do drugiego leku i kolejnych w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem.		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.

5. Kryteria wyłączenia z programu 1) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt 3; 2) utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących; 3) wystąpienie działań niepożądanych, które w opinii lekarza prowadzącego oraz zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, którym prowadzona jest terapia, są przeciwwskazaniami do leczenia daną substancją czynną. **6. Czas leczenia w programie** 1) Kryteria kwalifikacji i wyłączenia z programu określają czas leczenia w programie. 2) W przypadku istotnej czasowej przerwy w leczeniu daną substancją czynną, schemat monitorowania ulega modyfikacji z uwzględnieniem okresu przerwy w podawaniu leku. 3) Lekarz prowadzący może zwrócić się do Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych o wyrażenie zgody na kontynuację leczenia daną substancją czynną w uzasadnionych sytuacjach klinicznych w przypadku nieuzyskania przez chorego niskiej aktywności choroby zgodnie z pkt 3 ppkt 2, szczególnie u pacjentów z wyjściową bardzo dużą aktywnością choroby i/lub występowaniem czynników złej prognozy. Bez zgody Zespołu Koordynacyjnego dalsze leczenie daną substancją czynną w przypadku braku uzyskania niskiej aktywności choroby po 6 miesiącach (±1 miesiąc) terapii nie jest możliwe. 4) Pacjenci z sacroilitis stwierdzonym na podstawie badania rezonansu magnetycznego (MR) bez zmian radiograficznych, u których nadal aktywne zmiany zapalne obecne są tylko w badaniu MR, którzy zostali zakwalifikowani do programu lekowego B.36. w przeszłości, mogą kontynuować terapię daną substancją czynną tak długo, jak leczenie jest skuteczne i dobrze tolerowane.		

7. Kryteria ponownego włączenia do programu 1) Pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej leku biologicznego 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 udziału w programie, jest włączany do leczenia w ramach programu bez kwalifikacji. 2) Pacjent jest włączany do ponownego leczenia substancją czynną, której zastosowanie wywołało niską aktywność choroby. 3) Do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta.		

Załącznik B.37.

LECZENIE NIEDOKRWISTOŚCI W PRZEBIEGU PRZEWLEKŁEJ NIEWYDOLNOŚCI NEREK (ICD-10 N 18)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1.Kryteria kwalifikacji 1) niedokrwistość ze stężeniem hemoglobiny poniżej 10 g/dl pod warunkiem wykluczenia innych przyczyn, takich jak: niedobór żelaza, krwawienia, hemoliza, zakażenia, ciężka nadczynność przytarczyc, zatrucie glinem i inne; 2) upośledzenie funkcji nerek wykazane w badaniu GFR: a) poniżej 30 ml/min. - u świadczeniobiorców bez cukrzycy albo b) poniżej 45 ml/min. - u świadczeniobiorców z cukrzycą; 3) wiek: a) powyżej 3 roku życia - w przypadku produktów leczniczych zawierających alkohol benzylowy albo b) bez ograniczenia wiekowego - w przypadku pozostałych produktów leczniczych; 4) świadczeniobiorcy niedializowani. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **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 ust. 3. **3. Kryteria wyłączenia** 1) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 2) ciąża;	**1. Dawkowanie** 1) darbepoetyna alfa: a) 10 µg - 1 raz w tygodniu albo b) 20 µg - 1 raz na dwa tygodnie, albo c) 40 µg - 1 raz w miesiącu - iv. lub sc. (średnia dawka tygodniowa/ dwutygodniowa/miesięczna dla świadczeniobiorcy w danym ośrodku prowadzącym program); 2) epoetyna alfa: a) 2.000 j.m. 1 raz w tygodniu - iv. lub sc.- podanie podskórne w przypadku braku stałego dostępu do żyły (średnia dawka tygodniowa dla świadczeniobiorcy w danym ośrodku prowadzącym program);	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) poziom hemoglobiny; 2) hematokryt; 3) GFR; 4) TSAT; 5) CRP. **2.Monitorowanie leczenia** 1) badania wykonywane co 2 tygodnie - po rozpoczęciu terapii oraz w okresie dostosowywania dawki: a) poziom hemoglobiny, b) hematokryt; 2) badania wykonywane co najmniej 1 raz w miesiącu - po osiągnięciu stabilnego docelowego Hb/Ht: a) poziom hemoglobiny, b) hematokryt. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do

3) wystąpienie ciężkiego, opornego na leczenie nadciśnienia tętniczego; 4) schyłkowa niewydolność nerek.		NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.38.

LECZENIE NISKOROSŁYCH DZIECI Z PRZEWLEKŁĄ NIEWYDOLNOŚCIĄ NEREK (PNN) (ICD-10 N 18)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Do programu kwalifikuje Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. **1.Kryteria kwalifikacji** 1) klirens kreatyniny niższy niż 75 ml/1,73m^2/min.; 2) wysokość ciała dziecka poniżej -1,88 odchylenia standardowego (SDS), dla płci i wieku metrykalnego lub tempo wzrastania SDS poniżej - 2.0; 3) opóźniony wiek szkieletowy, poniżej 12,5 lat dla chłopców i poniżej 11,5 lat dla dziewczynek, według norm Greulicha i Pyle; 4) wykluczenie innych przyczyn niskorosłości. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia** 1) inna aniżeli PNN przyczyna niskorosłości; 2) zaburzenia przemian węglowodanowych; 3) choroba nowotworowa, 4) niezadowalający efekt leczenia, tj. przyrost wysokości ciała świadczeniobiorcy leczonego hormonem wzrostu poniżej 3cm na rok (nie dotyczy dziewcząt z wiekiem kostnym powyżej 14	**1. Dawkowanie** Somatotropina podawana codziennie wieczorem w dawce: 0,33 mg-0,37 mg (1,0-1,1 IU)/kg masy ciała/tydzień.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) pomiar stężenia IGF-1; 2) badania densytometryczne; 3) RTG stawów biodrowych. Badania wykonywane według standardów diagnozowania świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością nerek. **2.Monitorowanie leczenia** **2.1 Co 30 dni** w 3 - 4 stadium choroby: 1) stężenie parathormonu (intact PTH); 2) fosfataza alkaliczna; 3) proteinogram; 4) stężenie glukozy we krwi; 5) stężenie kreatyniny; 6) stężenie mocznika; 7) jonogram w surowicy krwi (Na+, K+, Ca++, Ca zjonizowany+, P-); 8) morfologia krwi z rozmazem; 9) gazometria. **2.2 Co 90 dni** 1) u dzieci z wadami układu moczowo-płciowego, u innych w zależności od potrzeb: a) konsultacja urologiczna, b) USG jamy brzusznej, 2) konsultacja dietetyka; 3) w 2 stadium choroby:

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

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

Załącznik B.39.

LECZENIE WTÓRNEJ NADCZYNNOŚCI PRZYTARCZYC U PACJENTÓW HEMODIALIZOWANYCH (ICD-10 N25.8)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji 1) wtórna nadczynność przytarczyc; 2) długotrwałe leczenie hemodializą z powodu schyłkowej niewydolności nerek; 3) przeciwwskazania do zastosowania innych opcji terapeutycznych (np. dla paratyroidektomii); 4) stężenie iPTH > 500pg/ml. **2. Kryteria wyłączenia** 1) osiągnięcie normalizacji wskaźników gospodarki wapniowo - fosforanowej zgodnie z aktualnymi wytycznymi K/DOQI (Kidney Disease Outcome Quality Initiative - US National Kidney Foundation); 2) przeszczepienie nerki; 3) nadwrażliwość na lek lub substancje pomocnicze; 4) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych w trakcie leczenia.	**1. Dawkowanie cynakalcetu** 1) Zalecana dawka początkowa cynakalcetu u dorosłych wynosi 30 mg raz na dobę. 2) Dawkę cynakalcetu można zwiększać co 2-4 tygodnie aż do maksymalnej dawki 180 mg raz na dobę w celu osiągnięcia pożądanego stężenia intact PTH (iPTH) u dializowanych pacjentów, czyli 150-300 pg/ml (15,9-31,8 pmol/l). 3) U niektórych chorych, dawka początkowa cynakalcetu (30 mg/dobę) może zbyt silnie obniżać wydzielanie PTH (i ewentualnie powodować następczą hipokalcemię), dlatego może zachodzić konieczność ograniczenia dawki leku do podawania rzadszego (tzn. nie każdego dnia, lecz np. co 2-gi dzień). Ostateczna dawka musi uwzględniać wpływ leku na stężenie PTH u indywidualnego pacjenta.	**1. Monitorowanie leczenia** 1) stężenie iPTH - przez 1-4 tygodnie od rozpoczęcia leczenia, następnie kontrola co 1-3 miesiące; 2) stężenie wapnia w surowicy; 3) stężenie fosforu w surowicy; 4) iloczyn Ca x P w surowicy. **2. Monitorowanie programu** 1) przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze SMPT, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, nie rzadziej niż co 3 miesiące oraz na zakończenie leczenia. Dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom NFZ.

Załącznik B.40.

PROFILAKTYKA ZAKAŻEŃ WIRUSEM RS (ICD-10 P 07.2, P 07.3, P 27.1)

<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>Kwalifikację do udziału w programie zatwierdza konsultant wojewódzki w dziedzinie neonatologii w porozumieniu z konsultantem krajowym na podstawie dokumentacji z ośrodka.
Program polega na podaniu maksymalnie 5 dawek paliwizumabu (w odstępach miesięcznych) w sezonie zakażeń wirusem RS, trwającym od 1 października do 30 kwietnia.
Immunizację paliwizumabem przeprowadza się jednorazowo.

1. Kryteria kwalifikacji do leczenia paliwizumabem

1) Do programu kwalifikowani są świadczeniobiorcy którzy:
a) w momencie rozpoczęcia immunizacji nie ukończyli pierwszego roku życia i spełniają następujące kryteria:
i. wiek ciążowy ≤ 28 tygodni (ICD-10 P07.2, P07.3)
lub
ii. dysplazja oskrzelowo-płucna (ICD-10 P27.1)
b) w momencie rozpoczęcia immunizacji nie ukończyli szóstego miesiąca życia i spełniają kryterium:
i. wiek ciążowy 29 - 32 tygodni (ICD-10 P07.3).
2) Jeżeli świadczeniobiorca, który spełnia opisane powyżej kryteria kwalifikacji do programu, urodzi się w trakcie trwania sezonu zakażeń wirusem RS, wówczas otrzymuje od 3 do 5 dawek paliwizumabu, jednak nie mniej niż 3 dawki. Liczba podanych dawek jest uzależniona od okresu pozostałego od dnia urodzenia do zakończenia sezonu zakażeń.</td>
<td>1. Dawkowanie paliwizumabu

Lek podawany jest w dawce 15mg/kg masy ciała raz w miesiącu.</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji

W przypadku kwalifikacji do leczenia paliwizumabem w oparciu o kryterium z ust. 1 pkt 1 lit. b (dysplazja oskrzelowo-płucna): kliniczne potwierdzenie dysplazji oskrzelowo-płucnej.

2. Monitorowanie leczenia

Dzieci zakwalifikowane do leczenia paliwizumabem wymagają comiesięcznych wizyt w ośrodku realizującym program do końca sezonu zakażeń RSV celem oceny stanu ogólnego pacjenta (wywiad i badanie fizykalne) przed otrzymaniem kolejnej dawki leku.
Konsultant krajowy w dziedzinie neonatologii nadzoruje program korzystając z rejestru SMPT.

3. Monitorowanie programu

1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością</td>
</tr>
</table>

2. Określenie czasu leczenia w programie Lek podawany jest podczas sezonu zakażeń wirusem RS (od 1 października do 30 kwietnia) co miesiąc - 5 razy, a w sytuacji opisanej w ust.1 pkt 2 – od 3 do 5 razy. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) objawy nadwrażliwości na paliwizumab lub jakikolwiek ze składników występujących w preparacie; 2) objawy nadwrażliwości na inne humanizowane przeciwciała monoklonalne; 3) brak zgody pacjenta.		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.41.

LECZENIE ZESPOŁU PRADER – WILLI (ICD10 Q87.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Do Programu kwalifikuje Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) rozpoznanie zespołu Prader-Willi, na podstawie cech klinicznych potwierdzonych badaniem genetycznym; 2) wiek poniżej 18 roku życia, optymalnie między 2. a 4. rokiem życia; 3) dojrzałość szkieletu (wiek kostny), poniżej 16 lat u dziewcząt i poniżej 18 lat u chłopców; 4) stan odżywienia, mierzony wielkością wskaźnika BMI, poniżej 97 centyla dla płci i wieku (wymagany co najmniej 6 miesięczny okres obserwacji w ośrodku prowadzącym terapię hormonem wzrostu); 5) wyrównane przemiany węglowodanowe, wymagane wykonanie testu obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii; 6) konsultacja laryngologiczna, z uwagi na możliwość nasilenia lub wystąpienia nocnych bezdechów; 7) wprowadzone leczenie dietetyczne i rehabilitacja (wymagany co najmniej 6 miesięczny okres obserwacji w ośrodku prowadzącym terapię hormonem wzrostu); 8) inne badania i konsultacje zależne od stanu świadczeniobiorcy i innych powikłań choroby zasadniczej lub innych towarzyszących PWS chorób;	**1. Dawkowanie** Somatotropina podawana codziennie wieczorem w dawce: 0,18 - 0,47 mg/kg/tydzień (0,54 - 1,4 IU/kg/tydzień).	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) pomiar stężenia IGF-1. Badania laboratoryjne i inne według standardów diagnozowania świadczeniobiorców z zespołem Prader-Willi. **2. Monitorowanie leczenia** **2.1 Po 30 dniach** 1) konsultacja laryngologiczna. **2.2 Po 90 dniach** 1) pomiar stężenia IGF-1; 2) konsultacja laryngologiczna, następne w zależności od potrzeb. **2.3 Co 90 dni** 1) konsultacja dietetyka; 2) konsultacja rehabilitanta. **2.4 Co 180 dni** 1) pomiar stężenia glukozy we krwi; 2) pomiar stężenia TSH; 3) pomiar stężenia fT4. 4) jonogram w surowicy krwi. Okresowej oceny skuteczności terapii dokonuje lekarz niezaangażowany w leczenie pacjenta z zespołem Prader-Willi. **2.5 Co 365 dni** 1) konsultacja przez ginekologa zajmującego się dziećmi (dotyczy dziewcząt powyżej 10 roku życia, a u

9) brak innych przeciwwskazań do stosowania hormonu wzrostu. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. Świadczeniobiorcy po ukończeniu 18 r. ż. kontynuują terapię na zasadach określonych w programie do czasu spełnienia któregokolwiek z kryteriów wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia** 1) brak współpracy z rodzicami lub świadczeniobiorcą; 2) wystąpienie powikłań zastosowanej terapii; 3) zaniechanie systematycznego leczenia rehabilitacyjnego lub dietetycznego; 4) narastanie otyłości, pomimo stosowania kompleksowego leczenia hormonem wzrostu, leczenia dietetycznego i rehabilitacji (wzrost wielkości wskaźnika BMI w odniesieniu do norm populacyjnych przyjętych dla wieku i płci o 2 odchylenia standardowe lub więcej); 5) pojawienie się lub nasilenie nocnych bezdechów; 6) cukrzyca lub ujawnienie się tej choroby w czasie prowadzonej terapii hormonem wzrostu.		dziewcząt poniżej 10 roku życia - w zależności od potrzeb); 2) u świadczeniobiorców z wadami układu sercowo-naczyniowego: a) konsultacja kardiologiczna, b) USG serca, 3) u świadczeniobiorców w wieku powyżej 7 roku życia konsultacja psychologa z oceną rozwoju intelektualnego; 4) u świadczeniobiorców w wieku poniżej 7 roku życia ocena rozwoju psychoruchowego; 5) pomiar stężeń triglicerydów; 6) pomiar stężeń całkowitego cholesterolu; 7) pomiar frakcji HDL cholesterolu; 8) pomiar frakcji LDL cholesterolu; 9) pomiar odsetka glikowanej hemoglobiny (HbA_{1C}); 10) test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii; 11) pomiar stężenia IGF-1; 12) konsultacja laryngologiczna; 13) konsultacja ortopedyczna; 14) RTG śródręcza z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego); 15) u świadczeniobiorców z zaburzeniami pokwitania test stymulacji wydzielania gonadotropin, z użyciem preparatu do stymulacji wydzielania gonadotropin (4 pomiary stężeń FSH i LH oraz 1 pomiar stężeń estrogenów i androgenów); 16) w przypadku nawracających zakażeń układu moczowego lub wad wrodzonych tego układu: a) konsultacja nefrologiczna, b) konsultacja urologiczna, c) USG jamy brzusznej,

		d) badanie ogólne i posiew moczu; 17) przy podejrzeniu złuszczenia główki kości udowej: a) konsultacja ortopedyczna, b) RTG lub USG stawów biodrowych, poszerzone o TK lub MRI stawów biodrowych; 18) w przypadku wystąpienia objawów pseudo tumor cerebri: a) konsultacja okulistyczna; b) konsultacja neurologiczna; c) obrazowanie ośrodkowego układu nerwowego (TK z kontrastem lub MRI). Badania według standardów monitorowania świadczeniobiorców z zespołem Prader-Willi. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia. 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia. 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.42.

LECZENIE NISKOROSŁYCH DZIECI Z ZESPOŁEM TURNERA (ZT) (ICD-10 Q 96)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY I SUBSTANCJE CZYNNE STOSOWANE W RAMACH PROGRAMU	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**KWALIFIKACJA I BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Do programu kwalifikuje Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) stygmaty Zespołu Turnera; 2) niskorosłość, tj. wysokość ciała poniżej 3 centyla dla wieku, na siatkach centylowych dla populacji dziewcząt polskich; 3) upośledzone tempo wzrastania, poniżej -1 SD w odniesieniu do tempa wzrastania populacji dziewcząt polskich (wymagany co najmniej 6. miesięczny okres obserwacji w ośrodku uprawnionym do terapii hormonem wzrostu), z określeniem przewidywanego wzrostu ostatecznego metodą Baley- Pineau; 4) opóźniony wiek kostny, oceniany metodą Greulich'a-Pyle; 5) wykluczenie innych, aniżeli ZT, przyczyn niskorosłości (niedokrwistość, niedoczynność tarczycy, zaburzenia wchłaniania i trawienia jelitowego, obciążenia dotyczące przebiegu ciąży i porodu, itp.); 6) inne nieprawidłowości, szczególnie nieprawidłowości anatomiczne układu sercowonaczyniowego i moczowo-płciowego; 7) konsultacja genetyczna, potwierdzona dodatnim wynikiem badania kariotypu. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds.	**1. Dawkowanie** Somatotropina podawana codziennie wieczorem w dawce: 0,33 - 0,47 mg (1,0-1,4 IU)/kg m.c. /tydzień.	**1. Badania przy kwalifikacji** Przed rozpoczęciem leczenia należy wykonać pomiar stężenia IGF-1. Badania laboratoryjne wykonywane według standardów diagnozowania świadczeniobiorców z zespołem Turnera (ZT). **2. Monitorowanie leczenia** **2.1 Po 90 dniach** 1) pomiar stężenia IGF-1. **2.2 Co 180 dni** 1) pomiar stężenia glukozy we krwi i odsetka glikowanej hemoglobiny HbA_{1C} lub co 365 dni: 2) test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii. **2.3 Co 180 dni** 1) pomiar stężenia glukozy we krwi; 2) pomiar stężenia TSH; 3) pomiar stężenia fT_4; 4) jonogram w surowicy krwi. **2.4 Co 365 dni** 1) konsultacja przez ginekologa zajmującego się dziećmi (dotyczy przede wszystkim dziewcząt powyżej 10 roku życia); 2) konsultacja kardiologiczna, USG serca (dotyczy dzieci z wadami układu sercowo-naczyniowego);

Stosowania Hormonu Wzrostu lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia** 1) wystąpienie objawów złuszczenia głowy kości udowej; 2) wystąpienie objawów pseudo-tumor cerebri; 3) wystąpienie lub ujawnienie się cukrzycy; 4) ujawnienie lub wznowa choroby rozrostowej; 5) osiągnięcie przez świadczeniobiorcę niewyróżniającej wysokości ciała, tj. wysokości ciała równej lub większej niż 158 cm; 6) zakończenie procesów wzrastania (brak przyrostu wysokości ciała między dwiema kolejnymi wizytami przeprowadzonymi w odstępach 6 miesięcznych); 7) niezadowalający efekt leczenia, tj. przyrost wysokości ciała świadczeniobiorcy leczonego hormonem wzrostu poniżej 3 cm na rok; 8) osiągnięcie wieku kostnego powyżej 14 lat.		3) konsultacja nefrologiczna; konsultacja urologiczna; USG jamy brzusznej; badanie ogólne i posiew moczu (dzieci z wadami układu moczowo-płciowego); 4) pomiar stężenia IGF-1; 5) RTG śródręcza z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego); 6) przy podejrzeniu złuszczenia głowy kości udowej: a) konsultacja ortopedyczna; b) RTG lub USG stawów biodrowych, poszerzone o TK lub MRI stawów biodrowych; 7) w przypadku wystąpienia objawów pseudo tumor cerebri: a) konsultacja okulistyczna; b) konsultacja neurologiczna; c) obrazowanie ośrodkowego układu nerwowego (TK z kontrastem lub MRI). Badania wykonywane według standardów monitorowania terapii hormonem wzrostu świadczeniobiorców z ZT. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami

		opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.44.

LECZENIE CIĘŻKIEJ ASTMY ALERGICZNEJ IGE ZALEŻNEJ (ICD-10 J45.0) ORAZ CIĘŻKIEJ ASTMY EOZYNOFILOWEJ (ICD-10 J 82)

<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 leczenia biologicznego w ramach programu kwalifikują się świadczeniobiorcy z rozpoznaną astmą ciężką. Wybór leku zależy od fenotypu i endotypu choroby i powinien być poprzedzony pogłębioną diagnostyką różnicową. W ocenie ciężkości astmy i fenotypu choroby należy posługiwać się aktualnymi wytycznymi GINA.

1. Leczenie ciężkiej astmy alergicznej IgE zależnej omalizumabem
1.1. Kryteria włączenia do programu
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;
2) konieczność stosowania wysokich dawek wziewnych glikokortykosteroidów (>1000 mcg dipropionianu beklometazonu na dobę u dorosłych i dzieci w wieku 12 lat i więcej , u dzieci w wieku 6–11 lat >400mcg lub innego wziewnego glikokortykosteroidu w dawce równoważnej określonej zgodnie z aktualnymi wytycznymi The Global Initiative for Asthma (GINA) w połączeniu z innym lekiem kontrolującym astmę (długo działający agonista receptora β-2 adrenergicznego, modyfikator leukotrienów, długo działający bloker receptora muskarynowego);</td>
<td>1. Leczenie ciężkiej astmy alergicznej IgE zależnej omalizumabem
Omalizumab podawany jest w dawce od 75 do 600 mg w 1 do 4 wstrzyknięć. Maksymalna zalecana dawka wynosi 600 mg omalizumabu przy schemacie dawkowania co 2 tygodnie.
Szczegółowy schemat dawkowania określony na podstawie wyjściowego stężenia IgE (j.m./ml), oznaczanego przed rozpoczęciem leczenia oraz masy ciała pacjenta (kg) należy odczytać z tabel dawkowania zawartych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego.
Pacjenci powinni być obserwowani przez co najmniej 2 godziny po pierwszym podaniu leku. Jeśli pierwsze podanie leku było dobrze tolerowane po drugim, trzecim i czwartym podaniu leku pacjent powinien być obserwowany przez 30 minut.
Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe.
Pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku.</td>
<td>1. Leczenie ciężkiej astmy alergicznej IgE zależnej omalizumabem
1.1. Badania przy kwalifikacji pacjenta do programu:
1) całkowite stężenie IgE (aktualny wynik – ważność badań maksymalnie 4 tygodnie);
2) test in vitro (opcjonalnie);
3) pomiar masy ciała;
4) punktowe testy skórne lub swoiste IgE (mogą być z dokumentacji medycznej);
5) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia, ważność testu – 1 tydzień);
6) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ u dorosłych i dzieci w wieku 12 lat i więcej, PAQLQ u dzieci w wieku 6-11 lat (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia, ważność testu – 2 tygodnie);
7) spirometria (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia) lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF;</td>
</tr>
</table>

3) 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; 4) całkowite stężenie IgE w surowicy 30-1500 IU/ml; 5) stwierdzenie jednoznacznej reaktywności *in vitro* na alergeny całoroczne u pacjentów z całkowitym stężeniem IgE w surowicy poniżej 76 j.m./ml; 6) spełnienie co najmniej 2 z poniższych kryteriów: a) objawy niekontrolowanej astmy (brak kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ >1.5 pkt), b) hospitalizacja w ciągu ostatnich 12 miesięcy z powodu zaostrzenia astmy, c) incydent ataku astmy zagrażający życiu w przeszłości, d) utrzymująca się obturacja dróg oddechowych (natężona objętość wydechowa pierwszosekundowa FEV1 <80% wartości należnej lub zmienność dzienna szczytowego przepływu wydechowego PEF>30%), e) pogorszenie jakości życia z powodu astmy (średnia punktów w teście kontroli jakości życia chorego na astmę miniAQLQ<5.0 punktów u dorosłych i dzieci w wieku 12 lat i więcej lub PAQLQ <5,0 punktów u dzieci w wieku 6-11 lat; 7) masa ciała 20-150 kg; 8) niepalenie tytoniu; 9) wykluczenie innych niż reakcja organizmu na całoroczne alergeny wziewne przyczyn powodujących ciężki przebieg astmy. **1.2. Przeciwwskazania** 1) nadwrażliwość na omalizumab lub substancje pomocnicze;	Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego. Pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych (ciężkich reakcji alergicznych) i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia. Pacjent otrzymuje leki w ośrodku prowadzącym terapię astmy danego pacjenta. Lek może być wydany dla celów terapii domowej na okres nie przekraczający 3 miesięcy. **2. Leczenie ciężkiej astmy eozynofilowej** **a) mepolizumabem** Mepolizumab podawany jest w dawce 100 mg podskórnie co 4 tygodnie. Pacjenci powinni być obserwowani przez co najmniej 2 godziny po pierwszym podaniu leku. Jeśli pierwsze podanie leku było dobrze tolerowane po drugim, trzecim i czwartym podaniu leku pacjent powinien być obserwowany przez 30 minut. Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe. Pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku.	8) morfologia krwi i badania biochemiczne: a) stężenie kreatyniny, b) stężenie mocznika, c) stężenie białka C-reaktywnego (CRP), d) stężenie AIAT, e) stężenie AspAT, 9) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym. **Ponadto przeprowadzana jest:** 1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu; 2) analiza leków przeciwastmatycznych i ich dawek stosowanych przewlekle w ciągu ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej; 3) analiza liczby i ciężkości zaostrzeń w ostatnim roku na podstawie dokumentacji medycznej. **1.2. Badania przeprowadzane przed podaniem leku w ośrodku - nie rzadziej niż raz na 4 miesiące:** 1) spirometria lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF; 2) kwestionariusz kontroli astmy ACQ; 3) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ u dorosłych i dzieci w wieku 12 lat i więcej, PAQLQ u dzieci w wieku 6-11 lat; 4) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu.

2) występowanie chorób współistniejących powodujących ciężki przebieg astmy; 3) ciąża; 4) karmienie piersią; 5) jednoczesna terapia lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi, wlewami z immunoglobulin lub innymi lekami biologicznymi 6) przyjmowanie innych leków biologicznych w leczeniu astmy (np. mepolizumabu, benralizumabu) – do 3 miesięcy od zakończenia terapii. **1.3. Kryteria wyłączenia** 1) wystąpienie zaostrzeń astmy w okresie leczenia omalizumabem w ilości równej lub przewyższającej okres poprzedzający leczenie w obserwacji rocznej; 2) niespełnienie kryteriów skuteczności leczenia: a) ocena odpowiedzi na terapię przez lekarza prowadzącego wg skali GETE niższa niż: bardzo dobra (całkowita kontrola astmy), dobra (znacząca poprawa kontroli astmy); b) spełnienie 2 z 3 poniższych kryteriów: – poprawa kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ o ≥ 0,5 punktu (w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia omalizumabem); – poprawa jakości życia w teście kontroli jakości życia chorego na astmę miniAQLQ o ≥ 0,5 punktu u dorosłych i dzieci w wieku 12 lat i więcej, PAQLQ u dzieci w wieku 6-11 lat (w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia omalizumabem); – zmniejszenie dawki doustnego glikokortykosteroidu o ≥ 5 mg w przeliczeniu na prednizon (w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia omalizumabem);	Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego. Pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych (ciężkich reakcji alergicznych) i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia. Pacjent otrzymuje leki w ośrodku prowadzącym terapię astmy danego pacjenta. Lek może być wydany dla celów terapii domowej na okres nie przekraczający 3 miesięcy. **b) benralizumabem** Zalecana dawka benralizumabu wynosi 30 mg we wstrzyknięciu podskórnym co 4 tygodnie w przypadku pierwszych trzech dawek, a następnie co 8 tygodni (zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego). Zalecana dawka benralizumabu dla pacjentów, którzy kontynuują leczenie po okresie zawieszenia w programie wynosi 30 mg we wstrzyknięciach podskórnych co 8 tygodni, jeśli czas od ostatniej dawki leku przed zawieszeniem był ≤ 8 tygodni. Jeśli czas od ostatniej dawki leku był > 8 tygodni to zalecana dawka benralizumabu wynosi 30 mg we wstrzyknięciu podskórnym co 4 tygodnie w przypadku pierwszych trzech dawek, a następnie co 8 tygodni (zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego).	**1.3. Badania przeprowadzane w okresie zawieszenia:** 1) spirometria lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące; 2) kwestionariusz kontroli astmy ACQ – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące; 3) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ u dorosłych i dzieci w wieku 12 lat i więcej, PAQLQ u dzieci w wieku 6-11 lat – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące; 4) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu – co 4-6 tygodni. **1.4. Monitorowanie leczenia** **Po 24, 52, 104 i każdym kolejnym 52 tygodniu leczenia od decyzji o kontynuowaniu leczenia wizyta oceniająca skuteczność dotychczasowej terapii z decyzją o kontynuacji lub zaprzestaniu dalszego leczenia:** 1) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu – 1 tydzień); 2) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ u dorosłych i dzieci w wieku 12 lat i więcej, PAQLQ u dzieci w wieku 6-11 lat (ważność testu – 2 tygodnie); 3) spirometria (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia) lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF;

3) palenie tytoniu; 4) niestosowanie się do zaleceń lekarskich lub niepoprawne przyjmowanie leków; 5) podjęcie leczenia lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi, wlewami z immunoglobulin lub innymi lekami biologicznymi 6) wystąpienie któregokolwiek z przeciwskazań do stosowania omalizumabu. **1.4. Określenie czasu leczenia w programie** Czas leczenia w programie określa lekarz prowadzący na podstawie kryteriów wyłączenia. Po upływie 24 miesięcy od podania pierwszej dawki omalizumabu leczenie zostaje zawieszone. W trakcie zawieszenia terapii pacjent pozostaje w programie lekowym i jest obserwowany w zakresie kontroli astmy (wizyty co 4-6 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 omalizumaebm o ile spełni kryteria włączenia i nie spełni żadnego z kryteriów wyłączenia.	Pacjenci powinni być obserwowani przez co najmniej 2 godziny po pierwszym podaniu leku. Jeśli pierwsze podanie leku było dobrze tolerowane po drugim, trzecim i czwartym podaniu leku pacjent powinien być obserwowany przez 30 minut. Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe. Pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku. Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego. Pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych (ciężkich reakcji alergicznych) i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia Pacjent otrzymuje leki w ośrodku prowadzącym terapię astmy danego pacjenta. Lek może być wydany dla celów terapii domowej na okres nie przekraczający 3 miesięcy.	4) morfologia krwi i badania biochemiczne: a) stężenie kreatyniny, b) stężenie mocznika, c) stężenie białka C-reaktywnego (CRP), d) stężenie AIAT, e) stężenie AspAT, 5) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym. **Ponadto przeprowadzana jest:** 1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu; 2) analiza leków przeciwastmatycznych i ich dawek stosowanych przewlekle w ciągu ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej; 3) analiza liczby i ciężkości zaostrzeń w ostatnim roku na podstawie dokumentacji medycznej. **2. Leczenie ciężkiej astmy eozynofilowej mepolizumabem lub benralizumabem** **2.1. Badania przy kwalifikacji pacjenta do programu:** 1) spirometria (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia) lub PEF, jeśli obecne są przeciwwskazania do wykonania badania spirometrycznego; 2) morfologia krwi z rozmazem i badania biochemiczne (ważność badań 4 tygodnie): a) stężenie kreatyniny, b) stężenie białka C-reaktywnego (CRP),

2. Leczenie ciężkiej astmy eozynofilowej mepolizumabem lub benralizumabem **2.1. Kryteria włączenia do programu** 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; 2) 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); 3) 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, wymagających lub nie hospitalizacji lub wizyty w oddziale ratunkowym; 4) natężona objętość wydechowa pierwszo-sekundowa FEV1 <80% wartości należnej przed podaniem leku rozszerzającego oskrzela w czasie wizyty kwalifikacyjnej; 5) objawy niekontrolowanej astmy (brak kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ>1,5 pkt) i pogorszenie jakości życia z powodu astmy (średnia punktów w teście kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ<5,0 punktów), mimo stosowanego leczenia; 6) wykluczenie innych zespołów hypereozynofilii; 7) niepalenie tytoniu;		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 przeprowadzane przed podaniem leku w ośrodku - 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);

8) wykluczenie zakażenia pasożytniczego na podstawie prawidłowego wyniku badania kału; 9) wykluczenie innych istotnych klinicznie chorób płuc. W celu zapewnienia kontynuacji terapii, do programu włączani są również pacjenci powyżej 18 roku życia, którzy uprzednio byli skutecznie leczeni benralizumabem w ramach innego sposobu finansowania, w tym w badaniach klinicznych, we wskazaniu ciężkiej astmy, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria włączenia do programu oraz rozpoczęli leczenie przed 1 listopada 2019 r. **2.2. Przeciwwskazania** 1) nadwrażliwość na mepolizumab lub benralizumab lub substancje pomocnicze; 2) ciąża; 3) karmienie piersią; 4) jednoczesna terapia lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi, wlewami z immunoglobulin lub innymi lekami biologicznymi; 5) przyjmowanie innych leków biologicznych w leczeniu astmy (np. omalizumabu, mepolizumabu, benralizumabu) – do 3 miesięcy od zakończenia terapii. **2.3. Kryteria wyłączenia** 1) wystąpienie zaostrzeń astmy (zdefiniowanych jak w pkt. 2. 1. 3) w okresie leczenia mepolizumabem lub benralizumabem w ilości równej lub przewyższającej okres poprzedzający leczenie w obserwacji rocznej; 2) u pacjentów, którzy przed włączeniem terapii mepolizumabem lub benralizumabem przyjmowali przewlekle systemowe GKS		3) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (ważność testu – 2 tygodnie) 4) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu. **2.3. Badania przeprowadzane w okresie zawieszenia:** 1) spirometria lub PEF, jeśli obecne są przeciwwskazania do wykonania badania spirometrycznego – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące; 2) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu 1 tydzień) – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące 3) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (ważność testu – 2 tygodnie)– nie rzadziej niż raz na 3 miesiące 4) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu – co 4-6 tygodni. **2.4. Monitorowanie leczenia** **Po 24., 52., 104. oraz każdym kolejnym 52. tygodniu leczenia od decyzji o kontynuowaniu leczenia, wizyta oceniająca skuteczność dotychczasowej terapii z decyzją o kontynuacji lub zaprzestaniu dalszego leczenia:** 1) spirometria lub PEF, jeśli obecne są przeciwwskazania do wykonania badania spirometrycznego;

(nieprzerwanie przez minimum 6 miesięcy) brak redukcji dawki tych leków lub redukcja o <= 30%; 3) ocena odpowiedzi na terapię przez lekarza prowadzącego wg skali GETE niższa niż: bardzo dobra (całkowita kontrola astmy), dobra (znacząca poprawa kontroli astmy); 4) brak poprawy kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy (wzrost ACQ o > lub = 0,5 pkt (w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia mepolizumabem lub benralizumabem)); 5) brak poprawy jakości życia w teście kontroli jakości życia chorego na astmę (spadek miniAQLQ o > lub = 0,5 pkt (w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia mepolizumabem lub benralizumabem)); 6) palenie tytoniu; 7) niestosowanie się do zaleceń lekarskich lub niepoprawne przyjmowanie leków; 8) podjęcie leczenia lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi, wlewami z immunoglobulin lub innymi lekami biologicznymi 9) wystąpienie któregokolwiek z przeciwwskazań do stosowania mepolizumabu lub benralizumabu; 10) w przypadku stwierdzenia zakażenia pasożytniczego opornego na leczenie- zawiesić leczenie mepolizumabem lub benralizumabem do momentu wyleczenia. **2.4. Określenie czasu leczenia w programie** Czas leczenia w programie określa lekarz prowadzący na podstawie kryteriów wyłączenia. Po upływie 24 miesięcy od podania pierwszej dawki mepolizumabu lub benralizumabu leczenie zostaje zawieszone. W trakcie zawieszenia terapii		2) morfologia krwi z rozmazem i badania biochemiczne: a) stężenie kreatyniny, b) CRP, c) stężenie AIAT, d) stężenie AspAT. 3) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu – 1 tydzień); 4) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (ważność testu – 2 tygodnie); 5) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym. **Ponadto przeprowadzana jest:** 1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu; 2) analiza leków przeciwastmatycznych i ich dawek stosowanych przewlekle w ciągu ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej; 3) analiza liczby i ciężkości zaostrzeń w ostatnim roku na podstawie dokumentacji medycznej. **3. 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 (Systemu Monitorowania Programów Terapeutycznych (SMPT)) dostępnym za

pacjent pozostaje w programie lekowym i jest obserwowany w zakresie kontroli astmy (wizyty co 4-6 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. Po upływie 24 miesięcy od podania pierwszej dawki benralizumabu zawiesza się też leczenie w programie u pacjentów, którzy byli przed włączeniem do programu leczeni benralizumabem w ramach innego sposobu finansowania, w tym w badaniach klinicznych przed 1 listopada 2019 roku. W trakcie zawieszenia terapii pacjent pozostaje w programie lekowym i jest obserwowany w zakresie kontroli astmy (wizyty co 4-6 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 mepolizumabem lub benralizumabem zostaje zawieszone. W trakcie zawieszenia terapii pacjentka pozostaje w programie lekowym i jest obserwowana w zakresie kontroli astmy (wizyty co 4-6 tygodni). Po porodzie i okresie karmienia piersią lekarz może zdecydować o ponownym rozpoczęciu podawania leku w przypadku istotnego pogorszenia kontroli choroby. U chorych, u których w okresie 12 miesięcy od dnia zawieszenia terapii nie dojdzie do istotnego pogorszenia kontroli astmy, leczenie mepolizumabem lub benralizumabem oraz udział w programie lekowym ulega zakończeniu. Chory może być ponownie zakwalifikowany do terapii mepolizumabem lub benralizumabem o ile spełni kryteria włączenia i nie spełni żadnego z kryteriów wyłączenia.		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.46.

LECZENIE STWARDNIENIA ROZSIANEGO PO NIEPOWODZENIU TERAPII LEKAMI PIERWSZEGO RZUTU LUB SZYBKO ROZWIJAJĄCEJ SIĘ CIĘŻKIEJ POSTACI STWARDNIENIA ROZSIANEGO LUB PIERWOTNIE POSTĘPUJĄCEJ POSTACI STWARDNIENIA ROZSIANEGO (ICD-10 G 35)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji Do leczenia fingolimodem lub natalizumabem kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach: 1,2,3,4,7 albo 1,2,3,5,7. Do leczenia alemtuzumabem kwalifikowani są pacjenci, wcześniej nieleczeni alemtuzumabem, spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach: 1,2,3,4,7,9 albo 1,2,3,5,7,9. Do leczenia okrelizumabem kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach: 1,2,3,4,7 albo 1,2,6,7. Do leczenia kladrybiną w tabletkach kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach 1,2,3,4,7,8 albo 1,2,3,5,7,8. 1) Wiek od 12 roku życia (natalizumab lub fingolimod) albo wiek od 18 roku życia (alemtuzumab, lub okrelizumab, lub kladrybina w tabletkach); 2) Brak przeciwwskazań do rozpoczęcia leczenia wskazanych w Charakterystyce Produktu Leczniczego; 3) Rozpoznanie postaci rzutowo-remisyjnej stwardnienia rozsianego (RRMS) oparte na aktualnych kryteriach diagnostycznych McDonalda łącznie z badaniami rezonansem	**1. Dawkowanie oraz sposób modyfikacji dawkowania w programie** Dawkowanie oraz sposób modyfikacji dawkowania należy prowadzić zgodnie z zapisami Charakterystyk Produktów Leczniczych.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) Dla postaci rzutowo-remisyjnej: rezonans magnetyczny z kontrastem; Rezonans magnetyczny wykonuje się w okresie kwalifikacji do programu. Jeżeli leczenie nie zostanie rozpoczęte do 90 dni od jego wykonania to badanie powtarza się tuż przed zastosowaniem pierwszej dawki leku. W uzasadnionych przypadkach lekarz prowadzący może uznać za badanie wyjściowe badanie rezonansu magnetycznego wykonane w okresie ostatnich 180 dni przed rozpoczęciem leczenia. 2) Dla postaci pierwotnie postępującej (dotyczy okrelizumabu): rezonans magnetyczny głowy i maksymalnie 2 odcinków rdzenia kręgowego przed i po podaniu kontrastu; Rezonans magnetyczny wykonuje się w okresie kwalifikacji do programu. Jeżeli leczenie nie zostanie rozpoczęte w okresie 12 miesięcy od jego wykonania to badanie powtarza się tuż przed zastosowaniem pierwszej dawki leku. 3) Ocena stanu neurologicznego z określeniem EDSS; 4) Badania biochemiczne, w tym oceniające funkcje wątroby i nerek oraz w przypadku alemtuzumabu tarczycy;

magnetycznym, przed i po podaniu kontrastu; 4) Pacjenci, u których stwierdza się brak odpowiedzi na pełny, cykl leczenia interferonem beta lub peginterferonem beta-1a, lub octanem glatirameru, lub fumaranem dimetylu, lub teryflunomidem definiowany jako spełnienie obu poniższych warunków (pkt a oraz pkt b): a) liczba i ciężkość rzutów: i. 2 lub więcej rzutów umiarkowanych wymagających leczenia sterydami w czasie minimum rocznego cyklu leczenia, lub ii. 1 ciężki rzut po 6 miesiącach leczenia; b) zmiany w badaniu rezonansu magnetycznego wykonanym po każdych 12 miesiącach, gdy stwierdza się jedno z poniższych: i. więcej niż jedna nowa zmiana Gd (+), ii. więcej niż dwie nowe zmiany w sekwencji T2; 5) Szybko rozwijająca się, ciężka postać choroby rozpoznawana kiedy zostaną spełnione oba poniższe parametry (pkt. a oraz pkt b): a) co najmniej dwa rzuty wymagające leczenia sterydami powodujące niesprawność (w czasie rzutu wzrost EDSS o minimum 2 pkt); b) zmiany w badaniu rezonansu magnetycznego: i. więcej niż jedna nowa zmiana GD (+) lub ii. więcej niż dwie nowe zmiany w sekwencji T2 (w sumie nie mniej niż 9 zmian); 6) Rozpoznanie postaci pierwotnie postępującej stwardnienia rozsianego oparte na aktualnych kryteriach diagnostycznych McDonalda oraz spełnienie wszystkich poniższych warunków (pkt a, pkt b oraz pkt c): a) wynik w skali EDSS od 3 do 6,5;		5) Morfologia krwi z rozmazem; 6) Badanie ogólne moczu, a w przypadku alemtuzumabu - badanie moczu z mikroskopową oceną osadu; 7) Badanie EKG - dotyczy alemtuzumabu; 8) Częstość tętna i wartość ciśnienia tętniczego krwi - dotyczy alemtuzumabu; 9) Test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym; 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; 11) Konsultacja okulistyczna - u pacjentów z wywiadem w kierunku cukrzycy lub zapalenia błony naczyniowej oka - dotyczy fingolimodu; 12) Oznaczenie poziomu przeciwciał przeciw wirusowi ospy wietrznej i półpaśca (VZV). W razie braku przeciwciał przeciw VZV konieczne jest przeprowadzenie szczepienia przeciw VZV miesiąc przed włączeniem leczenia - dotyczy fingolimodu lub kladrybiny w tabletkach; 13) Konsultacja dermatologiczna w ciągu 6 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia - dotyczy fingolimodu; 14) Wykonanie testu na obecność przeciwciał anty-JCV w celu kwalifikacji do leczenia i stratyfikacji ryzyka PML - dotyczy natalizumabu; 15) Badania przesiewowe w kierunku HIV oraz HBV, HCV, TBC - dotyczy alemtuzumabu lub kladrybiny w tabletkach; 16) Badania przesiewowe w kierunku HBV (antyHBc Total i HbsAg) oraz w razie potrzeby konsultacja specjalisty ds. chorób

b) czas trwania od pierwszych objawów postaci pierwotnie postępującej stwardnienia rozsianego: i. mniej niż 10 lat u pacjentów z wynikiem EDSS w chwili kwalifikacji ≤ 5,0 lub ii. mniej niż 15 lat u pacjentów z wynikiem EDSS w chwili kwalifikacji >5,0; c) potwierdzona aktywność zapalna w MRI (w stosunku do poprzedniego wykonanego badania MRI.): i. przynajmniej 1 ognisko wzmacniające się po Gd lub ii. przynajmniej 1 nowe lub powiększające ognisko T2; 7) Stosowanie antykoncepcji w przypadku kobiet w wieku rozrodczym w oparciu o Charakterystykę Produktu Leczniczego stosowanego leku; 8) Liczba limfocytów musi być prawidłowa przed rozpoczęciem stosowania kladrybiny w tabletkach w pierwszym roku terapii oraz wynosić co najmniej 800 komórek/mm³ przed rozpoczęciem stosowania kladrybiny w tabletkach w drugim roku terapii. W razie potrzeby można opóźnić cykl leczenia w roku 2. o okres do 6 miesięcy, aby umożliwić odnowę limfocytów. Jeśli taka odnowa trwa dłużej niż 6 miesięcy, pacjent nie powinien już otrzymywać kladrybiny w tabletkach. 9) Brak przeciwwskazań do leczenia takich jak: ciężkie aktywne zakażenia (aż do całkowitego ich ustąpienia), zakażenie ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV), niekontrolowane nadciśnienie tętnicze, przebyte rozwarstwienie tętnicy szyjnej i/lub kręgowej, przebyty udar mózgu, przebyta dławica piersiowa lub zawał mięśnia sercowego, koagulopatia, leczenie przeciwpłytkowe lub leczenie przeciwzakrzepowe, współistniejące choroby autoimmunologiczne inne niż stwardnienie rozsiane. Ponadto do programu kwalifikuje się:		zakaźnych - dotyczy okrelizumabu; 17) Konsultacja specjalisty ds. chorób zakaźnych lub specjalisty chorób płuc - dotyczy alemtuzumabu; 18) RTG płuc, a w razie potrzeby konsultacja specjalisty chorób płuc - dotyczy okrelizumabu; 19) Standardowe badania przesiewowe w kierunku raka piersi zgodnie z lokalnymi wytycznymi - dotyczy okrelizumabu. Ponadto pacjenci włączeni do leczenia powinni obligatoryjnie zapoznać się z materiałami edukacyjnymi w ramach tzw. „planu zarządzania ryzykiem" i potwierdzić ten fakt pisemnie w dokumentacji medycznej. **2. Inicjacja leczenia** 1) Fingolimod Inicjacja leczenia musi być przeprowadzona w warunkach krótkotrwałej hospitalizacji bądź w poradni przyszpitalnej. Przy rozpoczynaniu leczenia, jak również po jego okresowym przerwaniu należy zastosować sposób monitorowania pacjenta wskazany w Charakterystyce Produktu Leczniczego. 2) Natalizumab Inicjacja leczenia musi być przeprowadzona w warunkach krótkotrwałej hospitalizacji bądź w poradni przyszpitalnej. Sposób monitorowania pacjenta należy zastosować według Charakterystyki Produktu Leczniczego. 3) Alemtuzumab Inicjacja leczenia musi być przeprowadzona w warunkach hospitalizacji. Należy zastosować premedykację i sposób monitorowania pacjenta według Charakterystyki Produktu Leczniczego.

10) Pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą, które w momencie wyłączenia spełniały pozostałe kryteria leczenia w programie oraz które na moment ponownego włączania do programu nie spełniają przeciwskazań do leczenia oraz kryteriów wyłączenia i spełniają pozostałe kryteria przedłużenia leczenia; 11) Pacjentów uprzednio leczonych natalizumabem, lub fingolimodem, lub alemtuzumabem, lub okrelizumabem, lub kladrybiną w tabletkach w ramach innego sposobu finansowania terapii, w celu zapewnienia kontynuacji terapii, o ile na dzień rozpoczęcia terapii spełnili stosowne kryteria kwalifikacji oraz nie spełniają przeciwskazań do leczenia oraz kryteriów wyłączenia i spełniają pozostałe kryteria przedłużenia leczenia. **2. Kryteria zamiany leków w programie** W przypadku wystąpienia objawów niepożądanych lub ze względu na bezpieczeństwo chorego, lub w przypadku nieskuteczności leczenia dopuszcza się w ramach programu zamianę na lek o innym mechanizmie działania. Dokonując zmiany leku należy kierować się zapisami właściwych Charakterystyk Produktów Leczniczych. **3. Kryteria wyłączenia z programu** Kryterium wyłączenia z programu leczenia fingolimodem lub natalizumabem, lub alemtuzumabem, lub okrelizumabem, lub kladrybiną w tabletkach jest spełnienie co najmniej jednego z niżej wymienionych kryteriów. 1) Przejście w postać wtórnie postępującą; 2) Rezygnacja pacjenta lub nieprzestrzeganie zasad leczenia; 3) Pojawienie się przeciwwskazań do leczenia wymienionych w Charakterystykach Produktów Leczniczych; 4) W przypadku podejrzenia postępującej wieloogniskowej		4) Okrelizumab Inicjacja leczenia musi być przeprowadzona w warunkach krótkotrwałej hospitalizacji bądź w poradni przyszpitalnej. Należy zastosować premedykację i sposób monitorowania pacjenta wskazany w Charakterystyce Produktu Leczniczego. 5) Kladrybina w tabletkach Inicjacja leczenia może być przeprowadzona w warunkach krótkotrwałej hospitalizacji bądź poradni przyszpitalnej . Należy zastosować sposób monitorowania pacjenta według Charakterystyki Produktu Leczniczego. **3. Monitorowanie leczenia** Monitorując leczenie fingolimodem, lub natalizumabem lub alemtuzumabem, lub okrelizumabem, lub kladrybiną w tabletkach należy kierować się zapisami właściwych Charakterystyk Produktów Leczniczych. **3.1. Monitorowanie leczenia fingolimodem** 1) Badanie neurologiczne z oceną EDSS, co 3 miesiące; 2) Badanie morfologii krwi oraz poziomu transaminaz wątrobowych i bilirubiny w 1., 3., 6., 9. i 12. miesiącu leczenia, a następnie nie rzadziej, niż co 6 miesięcy lub zależnie od wskazań klinicznych; 3) Okresowa kontrola ciśnienia tętniczego krwi, nie rzadziej niż raz na 3 miesiące; 4) Badanie ogólne moczu w odstępach czasu ustalonych przez lekarza; 5) Test ciążowy w odstępach czasu ustalonych przez lekarza; 6) Konsultacja okulistyczna 3-4 miesiące po rozpoczęciu leczenia w celu wykluczenia obrzęku plamki, a następnie zależnie od opinii

leukoencefalopatii (PML) postępować zgodnie z zaleceniami dotyczącymi określonego produktu leczniczego opisanymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego oraz: a) w przypadku podejrzenia PML należy wstrzymać podawanie leku do czasu jego wykluczenia, b) w przypadku potwierdzenia PML należy trwale odstawić lek. **4. Określenie czasu leczenia w programie** Ocenę skuteczności leczenia przeprowadza się po każdych pełnych 12 miesiącach terapii. U chorych odpowiadających na leczenie po ocenie skuteczności, terapię fingolimodem lub natalizumabem, lub okrelizumabem można przedłużać o kolejne 12 miesięcy. Łączny czas leczenia pacjenta, lekami modyfikującymi przebieg choroby, zależy od decyzji lekarza. Z uwagi na podwyższone ryzyko PML specjalista neurolog i pacjent powinni ponownie po 2 latach terapii indywidualnie rozważyć korzyści i ryzyko leczenia natalizumabem. Maksymalny czas leczenia alemtuzumabem w ramach programu obejmuje podanie 2 początkowych kursów leczenia z dodatkowymi dwoma kursami leczenia, w razie potrzeby. Leczenie kladrybiną w tabletkach prowadzone jest w dwóch cyklach, podawanych na początku dwóch kolejnych lat: każdy kwalifikujący się pacjent otrzymuje dwa cykle leczenia kladrybiną w tabletkach - pierwszy cykl w pierwszym roku i drugi cykl w drugim roku leczenia. Każdy cykl składa się z 2 tygodni leczenia, jednego na początku pierwszego miesiąca i jednego na początku drugiego miesiąca danego roku leczenia. Każdy cykl leczenia trwa 4 lub 5 dni, podczas których pacjent otrzymuje 10 mg lub 20 mg (jedną lub dwie tabletki) w pojedynczej dawce dobowej, w zależności od masy ciała - zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego. Po zakończeniu 2 cykli leczenia nie jest wymagane dalsze leczenie kladrybiną w tabletkach w		okulisty, jednak nie rzadziej niż raz w roku. Konsultacja okulistyczna jest konieczna również w przypadku wystąpienia jakichkolwiek zaburzeń widzenia w trakcie leczenia fingolimodem; 7) Konsultacja dermatologiczna po każdych 12 miesiącach leczenia; 8) Rezonans magnetyczny po każdych 12 miesiącach leczenia - podanie kontrastu do decyzji lekarza prowadzącego. **3.2. Monitorowanie leczenia natalizumabem** 1) Badanie neurologiczne z oceną EDSS co 3 miesiące; 2) Badanie morfologii krwi i poziomu transaminaz wątrobowych w 3., 6., 9. i 12. miesiącu leczenia, a następnie nie rzadziej, niż co 6 miesięcy lub zależnie od wskazań klinicznych; 3) Badanie moczu z mikroskopową oceną osadu w odstępach czasu ustalonych przez lekarza; 4) Test ciążowy w odstępach czasu ustalonych przez lekarza; 5) W przypadku podejrzenia PML lub JCV GCN badanie płynu mózgowo-rdzeniowego na obecność wirusa JC, badanie rezonansu magnetycznego bez i po podaniu kontrastu; 6) Powtarzanie testu na obecność przeciwciał anty-JCV z określeniem miana poziomu przeciwciał, u pacjenta z ujemnym mianem przeciwciał anty-JCV co 6 miesięcy; 7) U pacjentów zgłaszających objawy takie jak: zmniejszona ostrość widzenia, zaczerwienienie i ból oka należy skierować na badanie siatkówki w kierunku ARN. W przypadku klinicznego potwierdzenia ARN należy rozważyć zakończenie leczenia natalizumabem; 8) Rezonans magnetyczny po każdych 12 miesiącach leczenia - podanie kontrastu do decyzji lekarza prowadzącego; 9) W przypadku terapii natalizumabem u pacjentów z wyższym

roku 3. i 4. W razie potrzeby można opóźnić cykl leczenia w roku 2. o okres do 6 miesięcy, aby umożliwić odnowę limfocytów. Jeśli taka odnowa trwa dłużej niż 6 miesięcy, pacjent nie powinien już otrzymywać kladrybiny w tabletkach. Czas obserwacji powinien wynosić 48 miesięcy po ostatnim podaniu leku z kontrolą co 6 miesięcy. Ocena skuteczności leczenia kladrybiną w tabletkach powinna być przeprowadzona po podaniu pełnej dawki leku, po dwóch cyklach leczenia. W przypadku, gdy stan pacjenta po podaniu pierwszego cyklu pogorszy się w stosunku do stanu sprzed podania leku, lekarz może rozważyć zmianę leczenia zgodnie z punktem 2 kryteriów zamiany leków w programie. Za brak skuteczności leczenia fingolimodem lub natalizumabem, lub alemtuzumabem, lub okrelizumabem (w przypadku postaci rzutowo-remisyjnej), lub kladrybiną w tabletkach uzasadniający zmianę leczenia lub przerwanie leczenia, przyjmuje się wystąpienie 2 z 3 poniższych kryteriów: 1) Liczba i ciężkość rzutów: a) 2 lub więcej rzutów umiarkowanych wymagających leczenia sterydami, lub b) 1 ciężki rzut wymagający leczenia sterydami po 6 miesiącach leczenia; 2) Progresja choroby mimo leczenia, co oznacza utrzymujące się przez co najmniej 3 miesiące pogorszenie się stanu neurologicznego o co najmniej: a) 2 pkt EDSS, gdy EDSS do 3,5, b) 1 pkt EDSS, gdy EDSS od 4,0; 3) Zmiany w badaniu rezonansu magnetycznego wykonanym po każdych 12 miesiącach, gdy stwierdza się jedno z poniższych: a) więcej niż jedna nowa zmiana Gd (+), b) więcej niż dwie nowe zmiany w sekwencji T2. Za brak skuteczności leczenia okrelizumabem (w przypadku postaci		ryzykiem wystąpienia PML należy rozważyć częstsze badania MRI (np. co 3-6 miesięcy), z zastosowaniem skróconej sekwencji. Do takich pacjentów należą: a) pacjenci z wszystkimi trzema czynnikami ryzyka PML (tj. z obecnością przeciwciał anty-JCV oraz stosujący leczenie natalizumabem od ponad 2 lat oraz wcześniej stosujący leki immunosupresyjne) lub b) 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. **3.3. Monitorowanie leczenia alemtuzumabem** 1) Badanie neurologiczne z oceną EDSS, co 3 miesiące; 2) Morfologia krwi z rozmazem, stężenie kreatyniny w surowicy i badanie moczu z mikroskopową oceną osadu, co miesiąc. Rozszerzenie diagnostyki w przypadku wskazań klinicznych; 3) Stężenie TSH w surowicy co 3 miesiące. Rozszerzenie diagnostyki w przypadku wskazań klinicznych; 4) U pacjentek przeprowadzenie raz w roku badania przesiewowego pod kątem zakażenia wirusem HPV; 5) Badanie rezonansu magnetycznego - do decyzji lekarza prowadzącego. Badania należy kontynuować do 48 miesięcy po ostatnim kursie leczenia alemtuzumabem. Przed drugim podaniem alemtuzumabu u kobiet w wieku rozrodczym należy wykonać test ciążowy oraz badania w kierunku HIV, oznaczenie jakościowe w kierunku wiremii HBV i HCV oraz RTG klatki

pierwotnie postępującej) przyjmuje się wystąpienie jednego z poniższych: 1) Wystąpienie nieskuteczności leczenia definiowanej jako pogorszenie w skali EDSS o co najmniej 2 pkt w ciągu 12 miesięcy lub 2) EDSS powyżej 8. **5. Kryteria przedłużenia leczenia o kolejne 12 miesięcy** Leczenie fingolimodem, lub natalizumabem, lub okrelizumabem może zostać przedłużone o kolejne 12 miesięcy u pacjentów niespełniających kryteriów wyłączenia zgodnie z pkt. 3 oraz kryteriów nieskuteczności wskazanych w pkt 4. Leczenie powinno być stosowane tak długo jak osiągana jest skuteczność kliniczna i nie wystąpią kryteria wyłączenia. Po ukończeniu 18 roku życia nie ma konieczności ponownej kwalifikacji pacjenta do programu po przeniesieniu leczenia do ośrodka dla dorosłych. Pacjent będący w trakcie terapii, który ukończył 18 rok życia może kontynuować terapię w pediatrycznym ośrodku realizującym program lekowy do czasu jej ukończenia, jednak nie dłużej niż do ukończenia 20 roku życia, po uzyskaniu indywidualnej zgody dyrektora wojewódzkiego oddziału NFZ.		piersiowej. **3.4. Monitorowanie leczenia okrelizumabem** 1) Badanie neurologiczne z oceną EDSS, co 3 miesiące; 2) Badanie morfologii krwi - przed każdym podaniem leku; 3) Badanie ogólne moczu oraz test ciążowy - przed każdym podaniem leku; 4) Badanie funkcji nerek i wątroby - przed każdym podaniem leku; 5) Badanie HBsAg, antyHBcAg - przed każdym podaniem leku; 6) Rezonans magnetyczny po każdych 12 miesiącach leczenia - podanie kontrastu do decyzji lekarza prowadzącego - dotyczy stosowania okrelizumabu w postaci rzutowo-remisyjnej. **3.5. Monitorowanie leczenia kladrybiną w tabletkach** 1) Badanie neurologiczne z oceną EDSS, co 3 miesiące przez pierwsze dwa lata leczenia. 2) Morfologia krwi z rozmazem, z uwzględnieniem liczby limfocytów przed rozpoczęciem stosowania leku - 2 miesiące i 6 miesięcy po rozpoczęciu leczenia w każdym roku leczenia. Jeśli liczba limfocytów zmniejszy się do wartości poniżej 500 komórek/mm^3, należy ją aktywnie monitorować do czasu ponownego wzrostu wartości do wartości co najmniej 800 komórek/mm^3; 3) Ocena stanu neurologicznego z określeniem EDSS - przed kolejnym kursem leku; 4) Morfologia krwi z rozmazem, z uwzględnieniem liczby limfocytów - przed kolejnym kursem leku; 5) Oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy - przed kolejnym kursem leku;

		6) Test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym - przed kolejnym kursem leku; 7) Badania przesiewowe w kierunku HIV oraz HBV, HCV, TBC - przed kolejnym kursem leku; 8) Wizyta kontrolna, co 6 miesięcy z oceną stanu klinicznego - w kolejnych latach (do 48 miesięcy po ostatniej dawce); 9) MRI - zalecane raz na rok. **4. Monitorowanie programu** 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) Uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo rozliczeniowych do NFZ - informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.47.

LECZENIE UMIARKOWANEJ I CIĘŻKIEJ POSTACI ŁUSZCZYCY PLACKOWATEJ (ICD-10 L 40.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
A. Kryteria kwalifikacji 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. 2. Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria: a) pacjenci w wieku: a) 18 lat i powyżej lub b) 6 lat i powyżej - w przypadku kwalifikacji do terapii etanerceptem; b) pacjenci: a) z ciężką postacią łuszczycy plackowatej albo	**A. Dawkowanie** Adalimumab, etanercept, infliksymab, iksekizumab, sekukinumab, ustekinumab, rizankizumabem, guselkumabem i certolizumab pegol 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.	**A. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi; 2) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT); 3) aminotransferaza alaninowa (AlAT); 4) stężenie kreatyniny w surowicy; 5) stężenie białka C-reaktywnego (CRP); 6) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza); 7) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon; 8) obecność antygenu HBs; 9) przeciwciała anty-HCV; 10) obecność antygenu wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo); 11) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją); 12) EKG (w przypadku pacjentów w wieku od 6 do 18 lat – do decyzji lekarza prowadzącego);

b) z umiarkowaną lub ciężką postacią łuszczycy plackowatej – w przypadku kwalifikacji do terapii adalimumabem, etanerceptem, infliksymabem lub certolizumabem pegol, – którzy przestali reagować na leczenie lub mają przeciwwskazania, lub nie tolerują innych metod leczenia ogólnego; c) pacjenci, u których uzyskano następującą ocenę nasilenia procesu łuszczycowego ze wskaźnikami: a) PASI większym niż 18 – w przypadku kwalifikacji do terapii sekukinumabem, iksekizumabem, ustekinumabem, guselkumabem lub risankizumabem albo PASI większym niż 10 – w przypadku kwalifikacji do terapii adalimumabem, etanerceptem ,infliksymabem lub certolizumabem pegol oraz b) DLQI (ewentualnie CDLQI) większym niż 10, oraz c) BSA większym niż 10; d) pacjenci, u których nie uzyskano poprawy po leczeniu z zastosowaniem co najmniej dwóch różnych klasycznych metod ogólnych zastosowanych zgodnie aktualnie obowiązującymi rekomendacjami PTD/EADV/EDF/IPC, a w przypadku pacjentów od 6 do 18 roku życia po nieskuteczności leczenia miejscowego lub ogólnego zgodnie aktualnie obowiązującymi rekomendacjami PTD/EADV/EDF/IPC lub pacjenci, u których występują przeciwwskazania do zastosowania metod terapii ogólnej zgodnie z rekomendacjami zgodnie aktualnie obowiązującymi rekomendacjami PTD/EADV/EDF/IPC. 3. Do programu kwalifikowani są również pacjenci, uprzednio leczeni etanerceptem, infliksymabem, sekukinumabem, iksekizumabem guselkumabem, risankizumabem lub certolizumabem pegol w ramach hospitalizacji według jednorodnych grup pacjentów (JGP) pod warunkiem, że przed rozpoczęciem		**B. Monitorowanie leczenia** 1. Monitorowanie terapii - po 2 miesiącach (± 30 dni) i 4 miesiącach (± 30 dni) od pierwszego podania substancji czynnej należy wykonać: 1) morfologię krwi; 2) stężenie białka C-reaktywnego (CRP); 3) stężenie kreatyniny w surowicy; 4) AspAT i AlAT oraz po 4 miesiącach (± 30 dni) od pierwszego podania substancji czynnej należy dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii wg wskaźników PASI, DLQI i BSA. Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe badania laboratoryjne oraz ocenę skuteczności klinicznej należy powtarzać co najmniej raz na 6 miesięcy (± 30 dni). **C. Monitorowanie programu** 1. gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2. uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;

terapii spełniali kryteria włączenia do programu oraz nie spełnili kryteriów zakończenia udziału w programie. 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. 5. W przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, którym odbywa się leczenie biologiczne. **B. Kryteria stanowiące przeciwskazania do udziału w programie** Przeciwwskazania do udziału w programie wynikają z przeciwwskazań do stosowania określonych w Charakterystykach Produktów Leczniczych poszczególnych substancji czynnych ujętych w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji PTD/EADV/EDF/IPC. **C. Adekwatna odpowiedź na leczenie** 1. po 4 miesiącach (± 30 dni) terapii zmniejszenie wartości wskaźnika PASI o co najmniej 75% lub 2. po 4 miesiącach (± 30 dni) terapii zmniejszenie wartości wskaźnika PASI o co najmniej 50% oraz poprawa jakości życia ocenionej za pomocą skali DLQI (ew. CDLQI) o przynajmniej 5 punktów. **D. Kryteria i warunki zmiany terapii** 1. Zmiana terapii na leczenie inną, wymienioną w programie substancją czynną, możliwa jest tylko w następujących sytuacjach: 1) wystąpienie ciężkiej reakcji uczuleniowej na substancję czynną lub		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.

pomocniczą lub 2) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub 3) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na zastosowaną substancję czynną zgodnie z pkt C ppkt 1-2 lub utrata adekwatnej odpowiedzi stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących. 2. W ramach programu lekowego nie jest możliwe zastosowanie więcej niż ośmiu leków biologicznych, w tym nie więcej niż dwóch inhibitorów TNF alfa. 3. W ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie. 4. Kwalifikacja pacjenta do drugiego leku i kolejnych w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem programu. 5. W ramach programu lekowego nie jest możliwa zmiana terapii jeżeli podczas kwalifikacji pacjent nie spełnił kryterium wartości PASI powyżej 10 lub 18. **E. Kryteria wyłączenia z programu** 1. brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt C ppkt 1-2; 2. utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących to znaczy: a) PASI większy niż 10 – jeżeli w czasie kwalifikacji wskaźnik PASI był mniejszy niż 18 albo PASI większy niż 18 – jeżeli w czasie kwalifikacji wskaźnik PASI był większy niż 18 oraz b) BSA większy niż 10, oraz c) DLQI (ew. CDLQI) większy niż 10;		

3. wystąpienie działań niepożądanych, które w opinii lekarza prowadzącego oraz zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, którym prowadzona jest terapia, są przeciwwskazaniami do leczenia daną substancją czynną. **F. Czas leczenia w programie** 1. W przypadku kwalifikacji do terapii sekukinumabem, iksekizumabem, ustekinumabem, guselkumabem lub risankizumabem: 1) Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu, zgodnie z kryteriami przedstawionymi w opisie przedmiotowego programu, jednak nie dłużej niż do 96 tygodni. 2) W uzasadnionych przypadkach potwierdzonych decyzją Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Łuszczycy Plackowatej, u niektórych pacjentów można zastosować w ramach programu terapię trwającą powyżej 96 tygodni – przy czym długość trwania takiej terapii określa Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Biologicznego w Łuszczycy Plackowatej. 3) Terapię i udział pacjenta w programie należy przerwać w przypadku nie uzyskania adekwatnej odpowiedzi na leczenie: a) po 28 tygodniach od podania pierwszej dawki ustekinumabu albo b) po 16 i 28 tygodniach od podania pierwszej dawki sekukinumabu, albo c) po 16 tygodniach od podania pierwszej dawki iksekizumabu, guselkumabu lub risankizumabu. Decyzja o zakończeniu leczenia zostaje przekazana do Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Łuszczycy Plackowatej. 2. W przypadku kwalifikacji do terapii adalimumabem, etanerceptem, infliksymabem lub certolizumabem pegol: 1) Kryteria kwalifikacji i wyłączenia z programu określają czas leczenia w programie.		

2) Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu 3) W przypadku istotnej czasowej przerwy w leczeniu daną substancją czynną, schemat monitorowania ulega modyfikacji z uwzględnieniem okresu przerwy w podawaniu leku. **G. Kryteria ponownego włączenia do programu** 1. Pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią, u którego stwierdzono adekwatną odpowiedź na leczenie, może być ponownie włączony do programu bez kwalifikacji, jeżeli podczas badania kontrolnego stwierdzono nawrót aktywnej choroby definiowany jako wzrost wartości wskaźnika PASI o co najmniej 30% w stosunku do wartości obliczonej w momencie odstawienia leku przy czym wartość wskaźnika PASI musi być większa niż 10. 2. Pacjent jest włączany do ponownego leczenia substancją czynną, której zastosowanie wiązało się z uzyskaniem adekwatnej odpowiedzi. 3. Do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta.		

Załącznik B.50.

LECZENIE CHORYCH NA ZAAWANSOWANEGO RAKA JAJNIKA (ICD-10 C56, C57, C48)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Leczenie chorych na zaawansowanego raka jajnika przy wykorzystaniu substancji czynnej bewacyzumab. **1.1. Kryteria kwalifikacji:** 1) histologiczne rozpoznanie raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej; 2) stopień zaawansowania FIGO IV lub III z chorobą resztkową po zabiegu cytoredukcji > 1cm (suboptymalna cytoredukcja; wymagane jest opisanie resztkowych zmian nowotworowych pozostawionych po operacji z określeniem wielkości w centymetrach); 3) niestosowanie wcześniejszego leczenia systemowego raka jajnika. Wcześniejsza chemioterapia neoadjuwantowa jest dopuszczalna; 4) stan sprawności ogólnej w stopniach 0-1 według klasyfikacji Zubroda-WHO; 5) wiek powyżej 18 roku życia; 6) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem: a) liczba płytek krwi większa lub równa 1,5 x $10^5/mm^3$, b) bezwzględna liczba neutrofilów większa lub równa $1500/mm^3$, c) stężenie hemoglobiny większe lub równe 10,0 g/dl; 7) wskaźniki koagulogiczne: a) czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT)	**1. Karboplatyna z paklitakselem**: 1) karboplatyna (AUC 5-6) – dzień 1; 2) paklitaksel 175 mg/m^2 – dzień 1; Rytm: co trzy tygodnie. 6 cykli. **2. Bewacyzumab** -7,5 mg/kg masy ciała dożylnie we wlewie trwającym 30-90 minut - dzień 1 Rytm: co 3 tygodnie. 18 cykli 1) Chore będą otrzymywać bewacyzumab w skojarzeniu z 3-tygodniowymi cyklami chemioterapii (maksymalnie 6 cykli). 2) Po zakończeniu chemioterapii leczenie będzie kontynuowane w 3-tygodniowych cyklach do wyczerpania 18 cykli leczenia bewacyzumabem lub do czasu wystąpienia progresji choroby lub nieakceptowanych działań niepożądanych (w zależności od tego, co wystąpi pierwsze). 3) W przypadku konieczności zakończenia chemioterapii lub jednego z jej składników przed ukończeniem 6 cykli leczenia bewacyzumab można kontynuować według zasad opisanych w punkcie 2. 4) Bewacyzumab będzie podawany od pierwszego	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia bewacyzumabem:** 1) histologiczne potwierdzenie raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenie w surowicy stężenia: a) mocznika, b) kreatyniny, c) bilirubiny; 4) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT), 5) oznaczenie czasu kaolinowokefalinowego (APTT); 6) oznaczenie INR lub czasu protrombinowego (PT); 7) oznaczenie stężenia CA125; 8) badanie ogólne moczu; 9) próba ciążowa – u kobiet w okresie prokreacyjnym; 10) badanie tomografii komputerowej jamy brzusznej i miednicy oraz innych okolic ciała w zależności od wskazań klinicznych; 11) badanie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego mózgu w przypadku wskazań klinicznych w celu obrazowania przerzutów do OUN; 12) badanie RTG klatki piersiowej – jeżeli nie jest wykonywana tomografia komputerowa tej okolicy; 13) elektrokardiogram (EKG); 14) pomiar ciśnienia tętniczego; 15) inne badania w razie wskazań klinicznych.

w zakresie wartości prawidłowych, b) czas protrombinowy (PT) lub międzynarodowy współczynnik znormalizowany (INR) w zakresie wartości prawidłowych; 8) wskaźniki czynności wątroby i nerek: a) stężenie całkowitej bilirubiny nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem chorych z zespołem Gilberta), b) aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczająca 5-krotnie górnej granicy normy, c) stężenie kreatyniny w granicach normy, 9) wykluczenie ciąży; 10) brak przeciwwskazań do chemioterapii karboplatyną oraz paklitakselem; 11) nieobecność przeciwwskazań do zastosowania bewacyzumabu, którymi są: a) zabieg operacyjny przebyty w ciągu mniej niż 4 tygodni od momentu kwalifikacji do leczenia, b) czynna choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy, c) niestabilne nadciśnienie tętnicze, d) niestabilna choroba niedokrwienna serca, e) naczyniowe choroby ośrodkowego układu nerwowego w wywiadzie, f) wrodzona skaza krwotoczna lub nabyta koagulopatia, g) stany chorobowe przebiegające ze zwiększonym ryzykiem krwawień, h) stosowanie leków przeciwkrzepliwych lub antyagregacyjnych (z wyłączeniem stosowania w dawkach profilaktycznych) i) niegojące się rany, j) białkomocz, k) nadwrażliwość na lek lub którąkolwiek z substancji	cyklu chemioterapii lub od drugiego cyklu w przypadku kiedy chemioterapia zostanie rozpoczęta przed upływem 28 dni od poważnego zabiegu operacyjnego. 5) W przypadku konieczności przerwania leczenia karboplatyną lek ten można zastąpić cisplatyną i kontynuować leczenie. 6) W przypadku konieczności wtórnego zabiegu operacyjnego, zabieg można wykonać nie wcześniej niż 28 dni od podania bewacyzumabu a wznowienie leczenia bewacyzumabem nie może rozpocząć się wcześniej niż 28 dni po zabiegu operacyjnym. 7) Modyfikacje dawkowania oraz rytmu podawania leków zgodnie z zapisami odpowiednich Charakterystyk Produktów Leczniczych.	Pooperacyjne (przed rozpoczęciem leczenia bewacyzumabem) badanie tomografii komputerowej jamy brzusznej i miednicy należy wykonać nie wcześniej niż 4 tygodnie po operacji, ale nie później niż 2 tygodnie po rozpoczęciu chemioterapii. Celem wstępnych badań obrazowych jest umożliwienie późniejszego monitorowania progresji choroby. **2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia bewacyzumabem:** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia: a) kreatyniny, b) bilirubiny – w surowicy; c) APTT i PT lub INR; 3) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT), 4) badanie ogólne moczu; 5) pomiar ciśnienia tętniczego; 6) inne badanie w razie wskazań klinicznych. Badania wykonuje się co 3 tygodnie lub przed rozpoczęciem kolejnego cyklu terapii jeżeli podanie leku było opóźnione. **3. Monitorowanie skuteczności leczenia bewacyzumabem:** 1) badanie tomografii komputerowej odpowiednich obszarów ciała w zależności od wskazań klinicznych; 2) oznaczenie stężenia CA125; 3) inne badania w razie wskazań klinicznych. Badania tomografii komputerowej wykonuje się: 1) po zakończeniu chemioterapii; 2) w trakcie leczenia bewacyzumabem: nie rzadziej niż co 24

pomocniczych. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **1.2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **1.3. Kryteria wyłączenia z programu:** 1) objawy nadwrażliwości na bewacyzumab; 2) podanie 18 cykli leczenia bewacyzumabem; 3) progresja choroby w trakcie leczenia; 4) długotrwałe działania niepożądane w stopniu równym lub większym od 3 według klasyfikacji WHO; 5) utrzymujące się pogorszenie sprawności ogólnej.		tygodnie; 3) w chwili wyłączenia z programu, o ile nastąpiło z innych przyczyn niż udokumentowana progresja choroby; 4) zawsze przy wzroście stężenia CA125 powyżej dwukrotnej wartości nadiru; 5) zawsze w przypadku wskazań klinicznych. Badanie stężenia CA125 wykonuje się nie rzadziej niż co 3 cykle leczenia: Oceny skuteczności leczenia dokonuje się zgodnie z kryteriami RECIST. **4. Monitorowanie realizacji programu:** Prezes NFZ prowadzi rejestr pacjentów leczonych w ramach programu lekowego dostępny za pomocą aplikacji internetowej.

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**
A. Leczenie płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi w skojarzeniu z radioterapią w miejscowo zaawansowanej chorobie (ICD-10 C01, C05.0, C05.1, C05.2, C05.8, C05.9, C09.0, C09.1, C09.8, C09.9, C10.0, C10.1, C10.2, C10.3, C10.4, C10.8, C10.9, C12, C13.0, C13.1, C13.2, C13.8, C13.9, C32.0, C32.1, C32.2, C32.3, C32.8, C32.9)	**A. Leczenie płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi w skojarzeniu z radioterapią w miejscowo zaawansowanej chorobie (ICD-10 C01, C05.0, C05.1, C05.2, C05.8, C05.9, C09.0, C09.1, C09.8, C09.9, C10.0, C10.1, C10.2, C10.3, C10.4, C10.8, C10.9, C12, C13.0, C13.1, C13.2, C13.8, C13.9, C32.0, C32.1, C32.2, C32.3, C32.8, C32.9)**	**A. Leczenie płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi w skojarzeniu z radioterapią w miejscowo zaawansowanej chorobie (ICD-10 C01, C05.0, C05.1, C05.2, C05.8, C05.9, C09.0, C09.1, C09.8, C09.9, C10.0, C10.1, C10.2, C10.3, C10.4, C10.8, C10.9, C12, C13.0, C13.1, C13.2, C13.8, C13.9, C32.0, C32.1, C32.2, C32.3, C32.8, C32.9)**
1. Leczenie płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi przy wykorzystaniu substancji czynnej cetuksymab **1.1. Kryteria kwalifikacji** 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; 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; 3) wykluczenie stosowania uprzedniego leczenia przyczynowego z wyłączeniem chirurgicznej biopsji wycinkowej;	**1. Cetuksymab** 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. 1.2. Cetuksymab podawany jest raz w tygodniu. 1.3. Cetuksymab w dawce 400 mg/m2 podawany jest dożylnie po raz pierwszy 7 dni przed planowanym rozpoczęciem napromieniania (czas trwania pierwszego wlewu – 120 minut). 1.4. Kolejne dawki wynoszą 250 mg/m2 – podania w 1 dniu radioterapii na 1-3 godziny przed frakcją	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia cetuksymabem** **1.1. Badania laboratoryjne:** 1) histologiczne potwierdzenie w oparciu o ocenę materiału pobranego za pomocą biopsji wycinkowej ogniska pierwotnego lub przerzutowo zmiennych węzłów chłonnych; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) stężenie mocznika, kreatyniny, transaminaz (ASPAT, ALAT), bilirubiny, dehydrogenazy mleczajowej (LDH), elektrolitów, wapnia i magnezu w surowicy; 4) próba ciążowa (u kobiet w okresie prokreacyjnym); 5) inne w razie wskazań klinicznych. **1.2. Inne badania przy kwalifikacji do leczenia cetuksymabem:** 1) TK lub MR twarzoczaszki i szyi;

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;
10) potwierdzenie zachowanej wydolności narządowej określonej na podstawie wyników badań laboratoryjnych:
   a) czynności wątroby:

napromieniani i następnie w analogiczny sposób w rytmie co tydzień do zakończenia radioterapii (czas trwania kolejnych wlewów – 60 min.).

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

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

2. Planowanie i realizacja radioterapii

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

2.2. Radioterapia powinna być zaplanowana w oparciu o trójwymiarową rekonstrukcję badań obrazowych, zgodnie z wytycznymi ICRU odnośnie określania objętości napromienianej (gross tumor volume – GTV, clinical target volume – CTV, planned target volume – PTV).

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

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).

2) badanie laryngologiczne z fiberoskopią górnych dróg oddechowych krtaniowej części gardła;
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.

1.2. Uwagi

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

2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia

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

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.

2.2. Inne badania:

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

3. Monitorowanie skuteczności leczenia

– 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/mm3;

– poziom neutrofili > 1 500/mm3;

– poziom płytek krwi > 100 000/mm3.

11) wykluczenie niekontrolowanych chorób układu sercowo-naczyniowego.

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.

1.3. 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 się nasilenia wysypki do 2 stopnia w okresie przerwy w podawaniu leku;
3) definitywne przerwanie napromieniania z jakichkolwiek przyczyn;
4) wystąpienie nasilonych odczynów popromiennych lub powikłań ogólnoustrojowych skutkujące dłuższą niż 2 tygodnie przerwą w napromienieniu.

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

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

1. Cetuksymab

1.1. Przed pierwszym i kolejnymi zastosowaniami cetuksymabu konieczna jest premedykacja z udziałem leku przeciwhistaminowego i kortykosteroidu;

1.2. Początkowa dawka cetuksymabu wynosi 400 mg/m2 podawana dożylnie (czas trwania pierwszego wlewu – 120 minut);

1.3. Kolejne dawki wynoszą 250 mg/m2 podawane co 7 dni (czas trwania kolejnego wlewu – 60 minut);

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

2. Leczenie podtrzymujące cetuksymabem

2.1. Po zakończeniu podawania chemioterapii leczenie cetuksymabem kontynuuje się do czasu spełnienia przynajmniej jednego z kryteriów wyłączenia z programu.

3. Chemioterapia

3.1. Cisplatyna w dawce 100 mg/m2 w dniu 1 kursu lub, w przypadku udokumentowanych przeciwskazań do podania cisplatyny, karboplatyna w dawce AUC5, w

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

3.1. Badania laboratoryjne:

1) w razie wskazań klinicznych.

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.

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.

4. Monitorowanie programu

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

B. Leczenie zaawansowanego raka płaskonabłonkowego narządów głowy i szyi z zastosowaniem cetuksymabu w skojarzeniu z chemioterapią opartą na pochodnych platyny (ICD-10 C00, C01, C02, C03, C04, C05, C06, C07, C08, C09, C10, C14) **1. Leczenie płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi przy wykorzystaniu substancji czynnej cetuksymab** **1.1. Kryteria kwalifikacji** 1) potwierdzenie histologicznego rozpoznania płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi (lokalizacja – jama ustna i ustna część gardła) w stopniu zróżnicowania guza G1-G2; 2) potwierdzenie nawrotu lub przerzutów odległych na podstawie badania przedmiotowego lub badań obrazowych przy jednoczesnym braku możliwości zastosowania miejscowego leczenia ratunkowego (chirurgicznego lub napromieniania); 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); 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	skojarzeniu z 5FU w dawce 1000 mg/m2 w dniach 1-4. Chemioterapia jest podawana przynajmniej jedną godzinę po zakończeniu podawania cetuksymabu. Cykle są podawane co 3 tygodnie; 3.2. Okres zastosowania chemioterapii – do 6 cykli. **4. Postępowanie w przypadku wystąpienia działań niepożądanych** 4.1. W przypadku wystąpienia działań niepożądanych dawkowanie leków należy dostosować do wytycznych zawartych w poszczególnych Charakterystykach Produktu Leczniczego; 4.2. W przypadku konieczności przerwania leczenia systemowego przerwa w leczeniu nie może być dłuższa niż 2 miesiące; 4.3. W przypadku wystąpienia udokumentowanych, istotnych i utrzymujących się objawów niepożądanych, które uniemożliwiają podawanie chemioterapii (cisplatyna/karboplatyna+5FU) możliwe jest zakończenie jej przed podaniem 6 cykli z jednoczesną kontynuacją podawania cetuksymabu. **C. Niwolumab w leczeniu płaskonabłonkowego raka jamy ustnej, gardła lub krtani postępującego podczas lub po zakończeniu terapii opartej na pochodnych platyny (ICD-10 C01, C02, C03, C04, C05, C06, C09, C10, C12, C13, C14, C32)** **1. Niwolumab:** Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania (w tym okresowe wstrzymanie leczenia) prowadzone jest zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.	**B. Leczenie zaawansowanego raka płaskonabłonkowego narządów głowy i szyi z zastosowaniem cetuksymabu w skojarzeniu z chemioterapią opartą na pochodnych platyny (ICD-10 C00, C01, C02, C03, C04, C05, C06, C07, C08, C09, C10, C14)** **1. Badania laboratoryjne przy kwalifikacji do leczenia cetuksymabem** 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. Inne badania przy kwalifikacji do leczenia cetuksymabem** 1) TK lub MR twarzoczaszki i szyi; 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); 3) inne w zależności od wskazań klinicznych. **3. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia** **3.1. Badania laboratoryjne** 1) morfologia krwi z rozmazem – przed każdym cyklem chemioterapii; 2) stężenie kreatyniny, transaminaz (ASPAT, ALAT), bilirubiny, sodu, potasu, wapnia i magnezu w surowicy – przed każdym cyklem chemioterapii; 3) inne w razie wskazań klinicznych.

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:

a. dla cisplatyny ≥ 60 ml/min/1,73 m2,

b. dla karboplatyny ≥ 40 ml/min/1,73 m2;

12) wykluczenie współwystępowania niekontrolowanych zakażeń.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

1.2. Określenie czasu leczenia w programie

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

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;

3.2. Inne badania

1) ocena nasilenia wysypki trądzikopodobnej przed każdym podaniem cetuksymabu.

4. Monitorowanie skuteczności leczenia

1) Badanie obrazowe KT lub MRI twarzoczaszki i szyi oraz inne w zależności od lokalizacji zmian przerzutowych – nie rzadziej niż co 3 miesiące lub w razie wskazań klinicznych;

2) inne badania zgodnie ze wskazaniami klinicznymi.

5. Monitorowanie programu

1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;

2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;

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

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

1. Badania przy kwalifikacji do leczenia niwolumabem:

1.1. Badanie przedmiotowe

4) wycofanie przez chorego zgody na leczenie w ramach programu lekowego; 5) występowanie niekontrolowanych, oportunistycznych zakażeń. **C. Niwolumab w leczeniu płaskonabłonkowego raka jamy ustnej, gardła lub krtani postępującego podczas lub po zakończeniu terapii opartej na pochodnych platyny (ICD-10 C01, C02, C03, C04, C05, C06, C09, C10, C12, C13, C14, C32)** 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 **1. Kryteria kwalifikacji spełnione łącznie:** 1.1. Histologicznie potwierdzony płaskonabłonkowy nowotwór jamy ustnej, gardła lub krtani; 1.2. Udokumentowane niepowodzenie wcześniejszej chemioterapii opartej na pochodnych platyny (w tym stosowaną w skojarzeniu z lekami anty-EGFR); 1.3. Udokumentowany nawrót (miejscowy lub węzłowy) lub uogólnienie (przerzuty) stwierdzony w trakcie lub w ciągu 6 miesięcy po zakończeniu wcześniejszej chemioterapii z udziałem jednej z pochodnych platyny (w tym stosowanych w skojarzeniu z lekami anty-EGFR); 1.4. Sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji WHO lub ECOG; 1.5. Brak aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu I, niedoczynności tarczycy (leczonej wyłącznie suplementacją hormonalną), łuszczycy, bielactwa. **2. Określenie czasu leczenia w programie**		1.2. Ocena sprawności w skali ECOG 1.3. Pomiar masy ciała 1.4. 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; 1.5. Badanie obrazowe umożliwiające rozpoznanie nawrotu lub przerzutów PRGiSz: TK lub inne, jeżeli wymaga tego stan kliniczny pacjenta. **2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia:** 2.1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe 2.2. Morfologia krwi 2.3. Parametry biochemiczne surowicy: oznaczenie stężenia kreatyniny, glukozy, bilirubiny całkowitej, sodu, potasu, wapnia, aminotransferaz, TSH. Badania należy wykonywać co 6 tygodni lub częściej w zależności od sytuacji klinicznej. **3. Monitorowanie skuteczności leczenia:** 3.1. Badanie przedmiotowe 3.2. Badanie laboratoryjne 3.3. Badanie obrazowe umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według aktualnych kryteriów RECIST: TK lub inne, jeżeli wymaga tego stan kliniczny pacjenta

Czas leczenia w programie określa lekarz. Leczenie należy kontynuować tak długo, dopóki obserwuje się korzyści kliniczne a leczenie jest tolerowane przez pacjenta. **3. Kryteria czasowego zawieszenia leczenia niwolumabem** Zgodnie z opisem w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Podawanie niwolumabu można wznowić w przypadku całkowitego ustąpienia działania niepożądanego lub zmniejszenia stopnia nasilenia do stopnia 1. **4. Kryteria wyłączenia z udziału w programie** 4.1. 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 4.2. Nadwrażliwość na lek 4.3. Wystąpienie klinicznie istotnej toksyczności leczenia w stopniu 3 lub 4 według kryteriów CTC (ang. Common Toxity Criteria) zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego. 4.4. 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; 4.5. Kobiety w ciąży lub karmiące piersią.		Badania należy wykonywać co 12 tygodni lub częściej w zależności od sytuacji klinicznej. **4. Monitorowanie programu** 4.1. Gromadzenie w dokumentacji medycznej chorego danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia 4.2. 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 4.3. Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.53.

LECZENIE WYSOKO ZRÓŻNICOWANEGO NOWOTWORU NEUROENDOKRYNNEGO TRZUSTKI (ICD-10 C25.4)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Leczenie wysoko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego trzustki ewerolimusem **1.1. Kryteria kwalifikacji** 1) histologiczne rozpoznanie wysoko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego trzustki (stopień G1 lub G2 według klasyfikacji WHO z 2010 roku); 2) nowotwór w stadium miejscowo zaawansowanym lub uogólnionym (IIIB i IV); 3) zaawansowanie uniemożliwiające radykalne leczenie metodami chirurgicznymi; 4) udokumentowana progresja choroby w ciągu 12 miesięcy do włączenia do programu; 5) odpowiednia czynność szpiku kostnego i parametrów krzepnięcia krwi: a) liczba płytek krwi większa lub równa $10^5/mm^3$, b) bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych większa lub równa $1500/mm^3$, c) stężenie hemoglobiny większe lub równe 10 g/dl, d) międzynarodowy współczynnik znormalizowany (INR) czasu protrombinowego w granicach 0,85-1,15; 6) odpowiednia czynność nerek i wątroby (stosowanie ewerolimusu nie jest zalecane u chorych z ciężkimi zaburzeniami czynności wątroby – C według czynnościowej	**1. Dawkowanie ewerolimusu** Zalecana dawka ewerolimusu wynosi 10 mg raz na dobę. Leczenie należy kontynuować do momentu, gdy obserwuje się korzyści kliniczne lub do wystąpienia objawów znacznej toksyczności. W przypadku pominięcia dawki nie należy przyjmować dodatkowej dawki, ale przyjąć kolejną dawkę o zwykłej porze. **1.1. Dostosowanie dawkowania ze względu na działania niepożądane** W przypadku wystąpienia poważnych lub niemożliwych do zaakceptowania działań niepożądanych może zajść konieczność zmiany dawkowania. Możliwe jest zmniejszenie dawki lub zaprzestanie podawania (np. przez tydzień) ewerolimusu, a następnie rozpoczęcie podawania od dawki 5 mg. Jeżeli konieczne jest zmniejszenie dawki, wówczas sugerowana dawka wynosi 5 mg na dobę. **1.2. Pacjenci z zaburzeniami czynności wątroby:** 1) łagodne zaburzenia czynności wątroby (A wg skali Child-Pugh) – zalecana dawka to 7,5 mg na dobę;	**1. Leczenie wysoko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego trzustki ewerolimusem** **1.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia** 1) badanie histopatologiczne oraz ocena stopnia złośliwości; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej, 5) oznaczenie stężenia bilirubiny; 6) oznaczenie stężenia kreatyniny; 7) oznaczenie stężenia glukozy; 8) oznaczenie stężenia cholesterolu; 9) oznaczenie stężenia trójglicerydów; 10) RTG klatki piersiowej, RTG/KT klatki piersiowej lub KT/USG jamy brzusznej w zależności od umiejscowienia przerzutów oraz możliwości przeprowadzenia oceny wymiarów leczonych zmian w celu określenia odpowiedzi; 11) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym. **1.2. Monitorowanie leczenia ewerolimusem** 1) badania wykonywane co miesiąc: a) morfologia krwi z rozmazem, b) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej, c) oznaczenie aktywności aminotransferazy

skali Child-Pugh);
7) stała i na właściwym poziomie kontrola glukozy, cholesterolu oraz trójglicerydów;
8) stan sprawności 0-2 według klasyfikacji ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) lub WHO;
9) możliwość określenia wymiarów zmian chorobowych według kryteriów klasyfikacji RECIST 1.1. (Response Evaluation Criteria in Solid Tumors);
10) wiek powyżej 18 roku życia.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

1.2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie ewerolimusem należy kontynuować do wystąpienia progresji choroby lub działań niepożądanych, które w ocenie lekarza lub chorego uniemożliwiają dalsze stosowanie leku.

1.3. Kryteria wyłączenia

1) nisko zróżnicowany nowotwór neuroendokrynny trzustki;
2) embolizacja tętnicy wątrobowej w ciągu 6 miesięcy do włączenia do programu;
3) krioablacja bądź ablacja falami o częstotliwości radiowej przerzutów w wątrobie w ciągu 2 miesięcy do włączenia do programu;
4) ciężkie lub niekontrolowane (w ocenie lekarza prowadzącego) choroby towarzyszące (w tym – poważne zakażenia, niewydolność wątroby w stopniu C według skali Child-Pugh, niekontrolowana hiperglikemia, hipercholesterolemia i hipertrójglicerydemia, nasilona niewydolność nerek);
5) wcześniejsze leczenie inhibitorem mTOR.

2. Leczenie wysoko zróżnicowanego nowotworu

2) umiarkowane zaburzenia czynności wątroby (B wg skali Child-Pugh) – zalecana dawka to 5 mg na dobę;
3) ciężkie zaburzenia czynności wątroby (C wg skali Child-Pugh) stanowią przeciwwskazanie do stosowania ewerolimusu.

Jeśli w trakcie leczenia stan wątroby pacjenta (wg skali Child-Pugh) ulegnie zmianie, dawkowanie należy dostosować. Leczenie powinno być kontynuowane do stwierdzenia progresji choroby lub nieakceptowanych toksyczności.

2. Dawkowanie sunitynibu

Zalecana dawka sunitynibu wynosi 37,5 mg raz na dobę, przyjmowana doustnie w sposób ciągły.

Możliwe jest stopniowe dokonywanie zmian dawkowania za każdym razem o 12,5 mg, zależnie od indywidualnie ocenianego bezpieczeństwa i tolerancji.

asparaginianowej,
d) oznaczenie stężenia bilirubiny,
e) oznaczenie stężenia kreatyniny,
f) oznaczenie stężenia glukozy,
g) oznaczenie stężenia cholesterolu,
h) oznaczenie stężenia trójglicerydów;

2) badania wykonywane co 3 kursy leczenia:
a) wybór metody obrazowania w zależności od wykorzystanej przy kwalifikacji do programu.

2. Leczenie wysoko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego trzustki sunitynibem

2.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia

1) patomorfologiczne rozpoznanie nieoperacyjnego, wysoko zróżnicowanego (stopień G1 lub G2) nowotworu neuroendokrynnego trzustki (według klasyfikacji WHO z 2010 r.);
2) morfologia krwi z rozmazem;
3) oznaczenie stężenia hemoglobiny;
4) oznaczenie stężenia mocznika;
5) oznaczenie stężenia kreatyniny;
6) oznaczenie stężenia bilirubiny;
7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;
8) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;
9) oznaczenie aktywności hormonu tyreotropowego (TSH);
10) inne badania laboratoryjne w razie wskazań klinicznych;
11) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym;
12) badanie KT klatki piersiowej i jamy brzusznej;
13) badanie elektrokardiograficzne (EKG);
14) pomiar ciśnienia tętniczego;
15) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych.

neuroendokrynnego trzustki sunitynibem **2.1. Kryteria kwalifikacji** 1) wiek powyżej 18 lat; 2) potwierdzone patomorfologicznie rozpoznanie nieoperacyjnego, wysoko zróżnicowanego (stopień G1 lub G2) nowotworu neuroendokrynnego trzustki (według klasyfikacji WHO z 2010 roku) w stadium miejscowo zaawansowanym lub z przerzutami; 3) udokumentowana progresja choroby w czasie 12 miesięcy przed włączeniem do programu, określona według kryteriów RECIST (Response Evaluation Criteria in Solid Tumors); 4) możliwość obiektywnej oceny wielkości zmian w badaniach obrazowych metodą KT lub MR z zastrzeżeniem konieczności potwierdzenia zmian w układzie kostnym przy użyciu konwencjonalnej rentgenografii (RTG) lub MR; 5) sprawność w stopniach 0 lub 1 według skali ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group); 6) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 7) prawidłowa czynność narządów określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi: a) wyniki badań czynności wątroby: – stężenie bilirubiny całkowitej nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem pacjentów z zespołem Gilberta), – aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczające 5-krotnie górnej granicy normy, b) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy, c) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem:		Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. **2.2. Monitorowanie leczenia sunitynibem** 1) badania wykonywane co 6 tygodni: a) morfologia krwi z rozmazem, b) oznaczenie stężenia hemoglobiny, c) oznaczenie stężenia kreatyniny, d) oznaczenie stężenia bilirubiny, e) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej, f) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej, g) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej, h) EKG; 2) badania wykonywane nie rzadziej niż co 12 tygodni: a) badanie KT lub MR odpowiedniego obszaru, b) badanie RTG klatki piersiowej – jeżeli nie jest wykonywane badanie KT, c) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych. Ww. badania obrazowe wykonuje się również w chwili wyłączenia z programu, o ile wyłączenie nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby. Wykonane badania obrazowe muszą umożliwić obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzana zgodnie z kryteriami RECIST lub CHOI. **Monitorowanie leczenia pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy 3. pkt. 1., powinno być prowadzone jednakowo jak w przypadku pozostałych pacjentów.**

– liczba płytek krwi większa lub równa $10^5/mm^3$, – bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych większa lub równa $1500/mm^3$, – stężenie hemoglobiny większe lub równe 9,0 g/dl; 8) czynność tarczycy prawidłowa lub wyrównana farmakologicznie; 9) nieobecność niekontrolowanych chorób układu sercowo-naczyniowego. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **2.2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **2.3. Kryteria wyłączenia pacjenta z programu** 1) udokumentowana progresja choroby w trakcie stosowania leku; 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na sunitynib lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 3) nawracająca lub nieakceptowana toksyczność powyżej 3 stopnia według skali WHO; 4) utrzymujący się stan sprawności 70 lub niższy według skali Karnofsky'ego; 5) wystąpienie objawów zastoinowej niewydolności serca, ostrych incydentów niewydolności wieńcowej, niekontrolowanego nadciśnienia tętniczego oraz niestabilnych zaburzeń rytmu serca wymagających leczenia; 6) istotne pogorszenie jakości życia w trakcie stosowania leku. **3. Kontynuacja leczenia pacjentów po zakończeniu finansowania w ramach chemioterapii niestandardowej**		**3. Monitorowanie programu** 1) przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze raka neuroendokrynnego trzustki (SMPT-Rak neuroendokrynny trzustki), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, nie rzadziej niż co 3 miesiące oraz na zakończenie leczenia. 3) W przypadku pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy 3. pkt. 1, nie jest wymagane uzupełnianie danych i informacji w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. Dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom NFZ.

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

Załącznik B.54.

LECZENIE CHORYCH NA OPORNEGO LUB NAWROTOWEGO SZPICZAKA PLAZMOCYTOWEGO (ICD10 C90.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1	2	3
1. Leczenie lenalidomidem chorych na opornego lub nawrotowego szpiczaka plazmocytowego. **1.1. Kryteria kwalifikacji** Do programu kwalifikowani są pacjenci z opornym lub nawrotowym szpiczakiem plazmocytowym w wieku 18 lat i powyżej, u których spełniony jest co najmniej jeden z warunków: 1) stosowano co najmniej dwa poprzedzające protokoły leczenia; 2) stosowano uprzednio co najmniej jeden protokół leczenia i wystąpiła po nim polineuropatia obwodowa co najmniej 2 stopnia, jeśli ten protokół obejmował talidomid lub co najmniej 3 stopnia, jeśli ten protokół obejmował bortezomib; 3) u chorego nie jest planowane przeszczepienie komórek macierzystych szpiku i w pierwszym rzucie leczenia stosowano bortezomib. **1.2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie lenalidomidem kontynuuje się do progresji choroby (z zastrzeżeniem pkt 1.4. niżej) lub wystąpienia nietolerancji leku mimo zastosowania redukcji dawki do 15, 10 lub 5 mg zgodnie z zaleceniami Charakterystyki Produktu Leczniczego. **1.3. Kryteria niepozwalające na zakwalifikowanie**	**1. Dawkowanie lenalidomidu i deksametazonu** Lenalidomid w postaci kapsułek twardych a 5,10, 15 lub 25 mg, jest stosowany w skojarzeniu z deksametazonem **Lenalidomid:** Zalecana dawka początkowa: 25 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21, w powtarzanych 28-dniowych cyklach. U chorych z niewydolnością nerek dawka początkowa lenalidomidu powinna być zgodna z zaleceniami Charakterystyki Produktu Leczniczego. **Deksametazon:** Zalecana dawka: 40 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-4, 9-12 i 17-20 każdego 28-dniowego cyklu przez pierwsze 4 cykle leczenia, a następnie 40 mg raz na dobę w dniach 1-4 co 28 dni. Lekarz powinien ocenić, jaką dawkę deksametazonu zastosować, biorąc pod uwagę stan pacjenta oraz nasilenie choroby. **UWAGA:** Dawkowanie lenalidomidu kontynuuje się lub modyfikuje (dawkę leków lub rytm podawania w cyklu) na podstawie obserwacji klinicznych	**1. Badania przy kwalifikacji:** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) stężenie wapnia w surowicy; 3) AspAT, AlAT; 4) stężenie bilirubiny; 5) stężenie kreatyniny; 6) klirens kreatyniny; 7) stężenie białka M; 8) niskodawkowa TK układu kostnego lub badanie RTG (badanie kośćca do decyzji lekarza) 9) pośredni test antyglobulinowy (test pośredni Coombs'a).- przy kwalifikacji do leczenia daratumumabem 10) stężenie potasu w surowicy krwi, EKG i ocena frakcji wyrzutowej lewej komory serce – przy kwalifikacji do leczenia karfilzomibem w połączeniu z lenalidomidem i deksametazonem. Badania winny być wykonane w ciągu nie więcej niż 4 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia. W dniu kwalifikacji i nie wcześniej niż 7 dni przed wydaniem leku pacjentkom mogącym zajść w ciążę należy wykonać test ciążowy o czułości min. 25mIU/ml. (przy leczeniu lenalidomidem lub pomalidomidem)

do programu ze względu na bezpieczeństwo: 1) bezwzględna liczba neutrofili <1,0x10^9/l lub liczba płytek krwi <75x10^9/l lub <30x10^9/l, w zależności od nacieczenia szpiku kostnego przez komórki plazmatyczne; 2) ciąża; 3) niemożność stosowania się do programu zapobiegania ciąży (dotyczy kobiet i mężczyzn); 4) nadwrażliwość na lenalidomid lub którąkolwiek substancję pomocniczą. **1.4. Kryteria zakończenia udziału w programie:** 1) progresja choroby po więcej niż 2 cyklach leczenia; 2) brak co najmniej częściowej odpowiedzi po 6 cyklach leczenia. **2. Leczenie pomalidomidem chorych na opornego lub nawrotowego szpiczaka plazmocytowego.** **2.1. Kryteria kwalifikacji do leczenia pomalidomidem** Do programu kwalifikowani są pacjenci z opornym lub nawrotowym szpiczakiem plazmocytowym w wieku 18 lat i powyżej, u których stosowano uprzednio co najmniej dwa schematy leczenia, obejmujące zarówno lenalidomid i bortezomib, i u których w trakcie ostatniego leczenia nastąpiła progresja choroby. Ponadto do programu lekowego, w celu zapewnienia kontynuacji terapii, mogą być włączeni pacjenci leczeni pomalidomidem w ramach innego sposobu finansowania do czasu objęcia refundacją leku w programie lekowym, o ile na dzień rozpoczęcia terapii spełniali kryteria kwalifikacji wskazane w punkcie 2.1. oraz jednocześnie nie spełniali kryteriów niepozwalających na zakwalifikowanie do programu ze względu na bezpieczeństwo,	i wyników laboratoryjnych zgodnie z zaleceniami zawartymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Liczba dni podawania leku w cyklu leczniczym wynosi 21, niezależnie od ewentualnych przerw w podawaniu leku, a maksymalna dawka lenalidomidu w jednym cyklu leczniczym nie może być wyższa niż 525 mg. **2. Dawkowanie pomalidomidu i deksametazonu** Pomalidomid w postaci kapsułek twardych a 1, 2, 3 lub 4 mg, jest stosowany w skojarzeniu z deksametazonem. **Pomalidomid:** Zalecana dawka początkowa: 4 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21, w powtarzanych 28-dniowych cyklach. **Deksametazon:** Zalecana dawka: 40 mg (20 mg u chorych >75 lat) doustnie raz na dobę w dniach 1, 8, 15 i 22 każdego 28-dniowego cyklu leczenia. **UWAGA:** Dawkowanie pomalidomidu i deksametazonu kontynuuje się lub modyfikuje (dawkę leków i/lub rytm podawania w cyklu) na podstawie obserwacji klinicznych i wyników laboratoryjnych zgodnie z zaleceniami zawartymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Liczba dni podawania pomalidomidu w cyklu leczniczym wynosi 21, niezależnie od ewentualnych przerw w podawaniu leku, a maksymalna dawka leku w jednym cyklu leczniczym nie może być wyższa niż 84 mg.	**2. Monitorowanie leczenia** **Przed każdym cyklem leczenia:** 1. morfologia krwi ze wzorem odsetkowym 2. w przypadku leczenia lenalidomidem lub pomalidomidem - test ciążowy o czułości min. 25mIU/ml u pacjentek mogących zajść w ciążę, zgodnie z zaleceniami z Charakterystyki Produktu Leczniczego 3. w przypadku leczenia daratumumabem: badania biochemiczne (AST, ALT, bilirubina całkowita, wapń, kreatynina i klirens kreatyniny); 4. w przypadku leczenia karfilzomibem w połączeniu z lenalidomidem i deksametazonem: raz w miesiącu należy kontrolować stężenie potasu w surowicy krwi oraz EKG. **Ocena skuteczności:** **W przypadku leczenia lenalidomidem lub pomalidomidem**: po 6. cyklu leczenia należy wykonać: 1) stężenie wapnia w surowicy; 2) AspAT, AIAT; 3) stężenie bilirubiny; 4) stężenie kreatyniny; 5) klirens kreatyniny; 6) stężenie białka M; 7) niskodawkowa TK układu kostnego lub badanie RTG (badanie kośćca do decyzji lekarza). **W przypadku leczenia daratumumabem**: oznaczenie stężenia białka M w surowicy lub moczu nie rzadziej niż co 2 cykle leczenia, a po 6 cyklu leczenia wykonanie badań pozwalających na ocenę skuteczności prowadzonego leczenia zgodnie z aktualnymi, ujednoliconymi kryteriami przyjętymi przez International Myeloma Working Group (IMWG). W przypadku leczenia karfilzomibem w połączeniu z lenalidomidem i deksametazonem:

określonych w pkt 2.3. **2.2. Określenie czasu leczenia w programie.** Leczenie pomalidomidem kontynuuje się do progresji choroby (z zastrzeżeniem p. 2.4. niżej) lub wystąpienia nietolerancji leku mimo zastosowania redukcji dawki do 3, 2 lub 1 mg zgodnie z zaleceniami Charakterystyki Produktu Leczniczego. **2.3. Kryteria niepozwalające na zakwalifikowanie do programu ze względu na bezpieczeństwo:** 1) bezwzględna liczba neutrofili <1 x 10^9/l i/lub liczba płytek krwi <50 x 10^9/l; 2) ciąża; 3) niemożność stosowania się do programu zapobiegania ciąży (dotyczy kobiet i mężczyzn); 4) nadwrażliwość na pomalidomid lub którąkolwiek substancję pomocniczą. **2.4. Kryteria zakończenia udziału w programie** 1) progresja choroby po więcej niż 2 cyklach leczenia; **2)** brak co najmniej częściowej odpowiedzi po 6 cyklach leczenia. **3. Daratumumab w skojarzeniu z bortezomibem i deksametazonem w leczeniu chorych na szpiczaka plazmocytowego.** **3.1 Kryteria kwalifikacji** Do programu kwalifikowani są dorośli (≥18 lat) chorzy na nawrotowego i/lub opornego szpiczaka plazmocytowego, którzy spełniają jedno z poniższych kryteriów: 1. Pacjenci u których zastosowano jedną linię leczenia, obejmującą bortezomib oraz przeszczepienie komórek macierzystych szpiku i celowe jest ponowne leczenie	**3. Dawkowanie daratumumabu w skojarzeniu z** bortezomibem i deksametazonem Daratumumab w dawce 16 mg/kg masy ciała jest podawany we wlewie dożylnym raz w tygodniu w tygodniach 1-9, co trzy tygodnie w tygodniach 10-24 oraz co 4 tygodnie od 25 tygodnia leczenia do progresji choroby lub nieakceptowalnej toksyczności. Długość cyklu od 1 do 24 tyg. leczenia wynosi 3 tygodnie, a od 25 tyg. leczenia wynosi 4 tygodnie. Zmiana dawkowania oraz szybkości infuzji	Po 4. cyklu leczenia należy wykonać: 1) stężenie wapnia w surowicy; 2) AspAT, AIAT; 3) stężenie bilirubiny; 4) stężenie kreatyniny; 5) klirens kreatyniny; 6) stężenie białka M; 1) niskodawkowa TK układu kostnego lub badanie RTG (badanie kośćca do decyzji lekarza) **3. Monitorowanie programu:** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

bortezomibem zgodnie z zaleceniami klinicznymi pod warunkiem niewystępowania polineuropatii obwodowej lub bólu neuropatycznego ≥ 2 stopnia; 2. Pacjenci u których zastosowano 2 lub 3 poprzedzające linie leczenia, obejmujące bortezomib i lenalidomid. **3.2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie daratumumabem w skojarzeniu z bortezomibem i deksametazonem kontynuuje się do progresji choroby lub nieakceptowalnej toksyczności zgodnie z zaleceniami Charakterystyk Produktów Leczniczych. **3.3. Kryteria wykluczające udział w programie** 1. Nadwrażliwość na daratumumab lub którąkolwiek substancję pomocniczą; 2. Oporność na leczenie bortezomibem lub przeciwskazania do jego stosowania zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego **3.4. Kryteria zakończenia udziału w programie:** 1. Progresja choroby w trakcie stosowania leczenia (po co najmniej 2 cyklach leczenia); 2. Brak co najmniej częściowej remisji po 6 cyklach leczenia; 3. Powikłania okołoinfuzyjne uniemożliwiające kontynuację leczenia daratumumabem zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego; 4. Ciąża. **4. Leczenie chorych na opornego lub nawrotowego szpiczaka**	daratumumabu powinny być prowadzone zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego. Przed i po zakończeniu infuzji należy podać leki zmniejszające ryzyko wystąpienia reakcji okołoinfuzyjnych zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego. Bortezomib jest podawany we wstrzyknięciu podskórnym lub infuzji dożylnej w dawce 1,3 mg/m^2 powierzchni ciała dwa razy w tygodniu przez dwa tygodnie (dni 1., 4., 8. i 11.) w powtarzalnych cyklach terapii trwających 21 dni (3-tygodnie) przez 8 cykli. Deksametazon jest podawany doustnie w dawce 20 mg w dniach 1., 2., 4., 5., 8., 9., 11. i 12. każdego z 8 cykli bortezomibu (80 mg/tydzień przez dwa z trzech tygodni cyklu bortezomibu) lub w zmniejszonej dawce 20 mg/tydzień u pacjentów w wieku > 75 lat, BMI < 18,5; ze źle kontrolowaną cukrzycą lub wcześniejszą nietolerancją terapii steroidami. Przed rozpoczęciem terapii skojarzonej daratumumabem z bortezomibem i deksametazonem zaleca się profilaktykę przeciwwirusową, zapobiegającą reaktywacji wirusa półpaśca.	

plazmocytowego z wykorzystaniem skojarzonego leczenia karfilzomibem, lenalidomid i deksametazonem. **4.1. Kryteria kwalifikacji do leczenia karfilzomibem w skojarzeniu z lenalidomidem i deksametazonem** Do programu kwalifikowani są pacjenci z opornym lub nawrotowym szpiczakiem plazmocytowym w wieku 18 lat i powyżej, u których spełnione są następujące warunki 1) stosowano jeden, dwa lub trzy poprzedzające protokoły leczenia; 2) w którymkolwiek z poprzedzających protokołów leczenia zastosowano bortezomib i/lub lek immunomodulujący (talidomid, lenalidomid lub pomalidomid); 3) nie uzyskano remisji częściowej po 4 cyklach wg protokołu zawierającego bortezomib lub stwierdzono progresję choroby po co najmniej 3 cyklach leczenia lenalidomidem i deksametazonem, jeśli był to ostatni stosowany przez pacjenta protokół leczenia; 4) pacjent kwalifikuje się do leczenia chemioterapią wysokodawkową i przeszczepieniem komórek krwiotwórczych **4.2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie karfilzomibem kontynuuje się do czasu osiągnięcia bardzo dobrej częściowej odpowiedzi na leczenie, przez maksymalnie 8 cykli, lub wystąpienia nietolerancji leku mimo	**4. Dawkowanie karfilzomibu w skojarzeniu z lenalidomidem i deksametazonem** Karfilzomib w postaci proszku do sporządzania roztworu do infuzji stosowany jest w skojarzeniu z lenalidomidem i deksametazonem. **Karfilzomib**: Dawkę wylicza się w oparciu o początkowe pole powierzchni ciała pacjenta (pc.). Karfilzomib jest podawany dożylnie w postaci infuzji trwającej 10 minut w dwa kolejne dni tygodnia przez okres trzech tygodni (dzień 1., 2., 8., 9., 15. i 16.), po czym następuje 12-dniowy okres bez leczenia (od 17. do 28. dnia). Każdy okres trwający 28 dni jest uważany za jeden cykl leczenia. Karfilzomib jest podawany w dawce początkowej wynoszącej 20 mg/ m^2 pc. w 1. i 2. dniu cyklu 1. (dawka maksymalna wynosi 44 mg). Jeśli lek jest dobrze tolerowany, dawkę należy zwiększyć do 27 mg/ m^2 pc. w 8. dniu cyklu 1. (dawka maksymalna wynosi 60 mg). **UWAGA:** Pacjenci, u których pc. jest większa niż 2,2 m2 powinni otrzymywać dawkę karfilzomibu obliczoną dla pc. wynoszącej 2,2 m2 a zmiany masy ciała nie większe niż 20% nie wymagają modyfikacji dawki. Przed podaniem karfilzomibu w cyklu 1. konieczne jest	

zastosowania redukcji dawki leku do 20 lub15 mg/m^2 pc. zgodnie z zaleceniami Charakterystyki Produktu Leczniczego Leczenie lenalidomidem kontynuuje się do progresji choroby (z zastrzeżeniem pkt 4 niżej) lub wystąpienia nietolerancji leku mimo zastosowania redukcji dawki do 15, 10 lub 5 mg zgodnie z zaleceniami Charakterystyki Produktu Leczniczego. **4.3. Kryteria niepozwalające na zakwalifikowanie do programu ze względu na bezpieczeństwo:** 1) bezwzględna liczba neutrofili <0,5x10^9/l ; liczba płytek krwi < 30x10^9/l (w przypadku małopłytkowości z liczbą płytek krwi <75x10^9/l decyzję o leczeniu należy podjąć na podstawie stopnia nacieczenia szpiku kostnego przez komórki plazmatyczne zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego Revlimid); 2) ciąża i okres karmienia piersią; 3) niemożność stosowania się do programu zapobiegania ciąży (dotyczy kobiet i mężczyzn); 4) nadwrażliwość na karfilzomib lub którąkolwiek substancję pomocniczą. 5) nadwrażliwość na lenalidomid lub którąkolwiek substancję pomocniczą. 6) niewydolność serca stopnia III i IV wg klasyfikacji NYHA 7) zawał mięśnia sercowego przebyty w ciągu ostatnich 4 miesięcy. 8) niekontrolowana choroba niedokrwienna serca lub niekontrolowane farmakologicznie nieprawidłowe zmiany przewodzenia impulsów w mięśniu sercowym	odpowiednie nawodnienie pacjenta, które należy kontynuować w następnych cyklach stosownie do potrzeb (zgodnie z informacją zawartą w Charakterystyce Produktu Leczniczego). Nie należy podawać karfilzomibu w bolusie ani mieszać i podawać we wlewie dożylnym z innymi produktami. Dawka 20/27 mg/ m2 pc. jest podawana przez 10 minut. Dawkowanie karfilzomibu kontynuuje się lub modyfikuje (dawkę leków lub rytm podawania w cyklu) na podstawie obserwacji klinicznych i wyników laboratoryjnych zgodnie z zaleceniami zawartymi w odpowiedniej Charakterystyce Produktu Leczniczego. **Lenalidomid** w postaci kapsułek twardych a 5,10, 15 lub 25 mg, jest stosowany w skojarzeniu z karfilzomibem i deksametazonem. **Lenalidomid:** Zalecana dawka początkowa: 25 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21, w powtarzanych 28-dniowych cyklach. U chorych z niewydolnością nerek dawka początkowa lenalidomidu powinna być zgodna z zaleceniami Charakterystyki Produktu Leczniczego. **UWAGA:** Dawkowanie lenalidomidu kontynuuje się lub modyfikuje (dawkę leków lub rytm podawania w cyklu) na podstawie obserwacji klinicznych i wyników laboratoryjnych zgodnie z zaleceniami zawartymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Liczba dni podawania leku w cyklu leczniczym wynosi	

4.4. Kryteria zakończenia udziału w programie: 1) progresja choroby po więcej niż 2 cyklach leczenia; 2) brak remisji częściowej po 4 cyklach leczenia.	21, niezależnie od ewentualnych przerw w podawaniu leku, a maksymalna dawka lenalidomidu w jednym cyklu leczniczym nie może być wyższa niż 525 mg. **Deksametazon w skojarzeniu z lenalidomidem i karfilzomibem:** Zalecana dawka: 40 mg doustnie lub dożylnie raz na dobę w 1., 8., 15. i 22. dniu cyklu trwającego 28 dni. Lekarz powinien ocenić, jaką dawkę deksametazonu zastosować, biorąc pod uwagę stan pacjenta oraz nasilenie choroby (u chorych powyżej 75 r.ż. dawkę należy zmniejszyć do 20 mg). Deksametazon należy podać od 30 minut do 4 godzin przed podaniem karfilzomibu.	

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**
1. Kryteria kwalifikacji do leczenia w programie Do leczenia infliksymabem lub wedolizumabem lub tofacytynibem mogą zostać włączeni pacjenci spełniający łącznie kryteria wskazane w punktach 1 i 2. 1) Wiek od 6 roku życia w przypadku infliksymabu albo wiek od 18 roku życia w przypadku wedolizumabu lub tofacytynibu. 2) Pacjenci z rozpoznaną ciężką postacią wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, u których leczenie cyklosporyną jest niewskazane lub przeciwwskazane: a) z niedostateczną odpowiedzią na standardowe leczenie, w tym na leczenie kortykosteroidami i 6- merkaptopuryną (6- MP) lub azatiopryną (AZA) (ocena > 6 punktów w skali Mayo u osób w wieku ≥ 18 r.ż. albo ocena ≥65 punktów w skali PUCAI u osób w wieku < 18 r.ż.), lub b) nietolerujący leczenia kortykosteroidami i 6- merkaptopuryną (6- MP) lub azatiopryną (AZA), lub c) mający przeciwwskazania do leczenia kortykosteroidami i 6- merkaptopuryną (6- MP) lub azatiopryną (AZA); 3) Do programu kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia infliksymabem lub wedolizumabem lub tofacytynibem, a ich dotychczasowe leczenie infliksymabem lub wedolizumabem lub tofacytynibem było finansowane w ramach hospitalizacji według jednorodnych grup pacjentów (JGP) pod warunkiem, że: a) przed rozpoczęciem terapii spełniali kryteria włączenia do programu,	**1. Dawkowanie infliksymabu** Dawkowanie infliksymabu prowadzone jest zgodnie z dawkowaniem określonym w Charakterystyce Produktu Leczniczego. **2. Dawkowanie wedolizumabu** Dawkowanie wedolizumabu prowadzone jest zgodnie z dawkowaniem określonym w Charakterystyce Produktu Leczniczego. **3. Dawkowanie tofacytynibu** Dawkowanie tofacytynibu prowadzone jest zgodnie z dawkowaniem określonym w Charakterystyce Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) Morfologia krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia tofacytynibem - morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych i bezwzględnej liczby limfocytów; 2) Ilość krwinek białych; 3) Liczba krwinek czerwonych; 4) Poziom hemoglobiny; 5) Płytki krwi; 6) Odczyn Biernackiego; 7) Aminotransferaza alaninowa; 8) Aminotransferaza asparaginianowa; 9) Poziom kreatyniny w surowicy; 10) Białko C- reaktywne; 11) Badanie ogólne moczu; 12) Próba tuberkulinowa lub test Quantiferon; 13) Antygen HBS; 14) Przeciwciała ANTY HCV; 15) Antygen wirusa HIV(HIV AG/AB COMBO); 16) Stężenie elektrolitów w surowicy; 17) Hematokryt; 18) RTG klatki piersiowej; 19) EKG z opisem;

b) łączny czas terapii infliksymabem / wedolizumabem / tofacytynibem nie jest dłuższy od łącznego czasu terapii indukcyjnej i podtrzymującej określonego poniżej, c) nie zachodzą kryteria stanowiące przeciwwskazania do udziału w programie, d) nie zachodzą okoliczności o których mowa w punkcie dotyczącym zakończenia leczenia gdy kończy się udział pacjenta w programie. 4) Dopuszcza się zamianę leków infliksymab albo wedolizumab albo tofacytynib w przypadku wystąpienia objawów niepożądanych lub częściowej nieskuteczności terapii definiowanej jako wystąpienie jednego z kryteriów wymienionych w punkcie 4. Nieskuteczność leczenia standardowego ciężkiego rzutu WZJG określa się jako niepowodzenie zastosowania 3-5 dni terapii steroidami dożylnymi. Steroidooporność oznacza brak poprawy klinicznej pomimo zastosowania przez 4 tygodnie steroidu w dawce dobowej do 0,75 mg/kg m.c. w przeliczeniu na prednizolon. Steroidozależność to brak możliwości redukcji dawki steroidów poniżej 10 mg/dobę w przeliczeniu na prednizolon wciągu 3 miesięcy od rozpoczęcia steroidoterapii lub nawrót dolegliwości w ciągu 3 miesięcy od odstawienia steroidów. Oporność na leczenie immunosupresyjne (brak dostatecznej odpowiedzi) oznacza brak remisji lub nawrót dolegliwości pomimo stosowania leczenia immunosupresyjnego przez co najmniej 3 miesiące w odpowiednich dawkach (azatiopryna 2-2,5 mg/kg m.c./dobę lub 6-merkaptopuryna w dawce 1-1,5 mg/kg m.c./dobę). Leczenie cyklosporyną jest niewskazane w przypadku wystąpienia: a) ciężkiego rzutu WZJG w trakcie leczenia azatiopryną (AZA) lub 6-merkaptopuryną (6-MP) lub b) hypomagnezemii, lub c) potencjalnych interakcji lekowych, lub d) hiperkaliemii, lub e) hyperurikemii, lub		20) Badanie endoskopowe; 21) Posiew kału w kierunku bakterii i grzybów; 22) Badanie kału na toksynę Clostridium Difficile. 23) Lipidogram (całkowity cholesterol, HDL i LDL) oraz trój glicerydy przed rozpoczęciem leczenia tofacytynibem. **2. Monitorowanie leczenia** **2.1. Monitorowanie leczenia infliksymabem** W celu monitorowania leczenia świadczeniodawca jest zobowiązany wykonać nie rzadziej niż w 2, 6 i 14 tygodniu od podania pierwszej dawki leku następujące badania: 1) ocena stopnia aktywności choroby w 2 i 6 tygodniu od podania pierwszej dawki w częściowej skali Mayo lub skali PUCAI, 2) ocena stopnia aktywności choroby między 6 a 14 tygodniem od podania pierwszej dawki na podstawie pełnej oceny w skali Mayo lub w skali PUCAI 3) morfologia krwi obwodowej, 4) CRP. W leczeniu podtrzymującym świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać morfologię krwi obwodowej, CRP, AlAT i AspAT oraz ocenę Mayo bez endoskopii albo ocenę w skali PUCAI przynajmniej co 8 tygodni. **2.2. Monitorowanie leczenia wedolizumabem** W celu monitorowania leczenia świadczeniodawca jest zobowiązany wykonać nie rzadziej niż w 2, 6 i 14 tygodniu od podania pierwszej dawki leku następujące badania: 1) ocena stopnia aktywności choroby w 2 i 6 tygodniu w częściowej skali Mayo, 2) ocena efektywności terapii indukcyjnej w 14 tygodniu od podania pierwszej dawki na podstawie pełnej oceny w skali Mayo, 3) morfologia z krwi obwodowej z rozmazem,

f) u pacjentów w wieku powyżej 80 roku życia. Przeciwwskazania do zastosowania terapii cyklosporyną zgodne z CHPL: a) zaburzenia czynności nerek, b) niekontrolowane nadciśnienie tętnicze, c) trudne do opanowania zakażenia, d) nowotwory złośliwe. W przypadku kobiet w okresie rozrodczym konieczne jest wyrażenie zgody na świadomą kontrolę urodzeń w trakcie leczenia i do 6 miesięcy po zastosowaniu ostatniej dawki wedolizumabu. W przypadku kobiet w okresie rozrodczym konieczne jest stosowanie skutecznej metody antykoncepcji w trakcie leczenia tofacytynibem i co najmniej przez 4 tygodnie po podaniu ostatniej dawki. **2. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do udziału w programie** 1) Nadwrażliwość na substancję czynną lub substancje pomocnicze; 2) Ciężkie zakażenia wirusowe, grzybicze lub bakteryjne; 3) Umiarkowana lub ciężka niewydolność mięśnia sercowego; 4) Niestabilna choroba wieńcowa; 5) Przewlekła niewydolność oddechowa; 6) Przewlekła niewydolność nerek; 7) Przewlekła niewydolność wątroby; 8) Zespół demielinizacyjny lub objawy przypominające ten zespół; 9) Choroba alkoholowa, poalkoholowe uszkodzenie wątroby lub każda czynna postępująca choroba wątroby; 10) Ciąża lub karmienie piersią; 11) Rozpoznanie stanów przednowotworowych lub nowotworów złośliwych, również w okresie 5 lat poprzedzających moment kwalifikowania do programu; 12) Powikłania wymagające innego postępowania (np. leczenia operacyjnego).		4) CRP. W leczeniu podtrzymującym świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać morfologię krwi obwodowej, CRP, AlAT i AspAT oraz ocenę Mayo bez endoskopii przynajmniej co 8 tygodni. **2.3. Monitorowanie leczenia tofacytynibem** W celu monitorowania leczenia świadczeniodawca jest zobowiązany wykonać następujące badania: 1) ocena stopnia aktywności choroby w 2 i 4 tygodniu w częściowej skali Mayo, 2) ocena skuteczności terapii indukcyjnej w 8 tygodniu od podania pierwszej dawki na podstawie pełnej oceny w skali Mayo, 3) morfologię krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych w 2 i 4 tygodniu (modyfikacja leczenia w przypadku leukopenii lub spadku stężenia hemoglobiny), 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. Jeżeli terapia jest kontynuowana, powyższe badania laboratoryjne należy powtarzać po każdych kolejnych 12 tygodniach (± 2 tyg.). **3. Monitorowanie programu** 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia. 2) Uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia.

13) Stężenie hemoglobiny poniżej 9 g/dl – dotyczy stosowania tofacytynibu. **3. Określenie czasu leczenia w programie** 1) Terapia indukcyjna: infuzja infliksymabu albo wedolizumabu w 0,2,6 tygodniu albo doustne podanie tofacytynibu 2 razy dziennie przez 8 tygodni. 2) Leczenie podtrzymujące: leczenie infliksymabem albo wedolizumabem albo tofacytynibem powinno trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie jednakże nie dłużej niż 12 miesięcy w przypadku infliksymabu/tofacytynibu oraz 54 tygodni w przypadku wedolizumabu, od momentu podania pierwszej dawki w terapii indukcyjnej. Odpowiedź definiowana jest jako zmniejszenie aktywności choroby o co najmniej 3 punkty w skali Mayo albo o co najmniej 20 punktów w skali PUCAI. **4. Zakończenie leczenia w programie** Zakończenie leczenia powinno nastąpić w przypadku spełnienia przynajmniej jednego z kryteriów określonych w pkt 1-3. 1) Stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie definiowanej jako zmniejszenie aktywności choroby o co najmniej 3 punkty w skali Mayo albo o co najmniej 20 punktów w skali PUCAI; 2) Wystąpienie działań niepożądanych leczenia; 3) Wystąpienie powikłań wymagających innego specyficznego 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.56.

LECZENIE OPORNEGO NA KASTRACJĘ RAKA GRUCZOŁU KROKOWEGO (ICD-10 C61)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego octanem abirateronu przed stosowaniem chemioterapii **1.1. Kryteria kwalifikacji** Do leczenia octanem abirateronu w ramach programu kwalifikują się chorzy na raka gruczołu krokowego z przerzutami spełniający poniższe kryteria: 1) histologiczne rozpoznanie raka gruczołowego stercza; 2) zastosowanie chemioterapii nie jest jeszcze wskazane klinicznie; 3) 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 kryteriów w pkt 4); 4) progresja choroby określona na podstawie: a) trzech kolejnych wzrostów stężenia PSA, oznaczonego w co najmniej tygodniowych odstępach, z udowodnionymi dwoma wzrostami o 50% wobec wartości wyjściowej (nadir), przy nominalnej wartości stężenia PSA >2 ng/ml lub b) wystąpienia objawów progresji zmian (układ kostny, narządy wewnętrzne, tkanki miękkie) w badaniach obrazowych; 5) nieleczenie opioidami z powodu objawów raka gruczołu krokowego (dopuszczalne jest stosowanie opioidów w przeszłości); 6) stan sprawności 0 według klasyfikacji WHO; 7) wiek powyżej 18. roku życia. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego, w celu zapewnienia kontynuacji terapii, kwalifikowani są pacjenci z opornym na kastrację rakiem gruczołu krokowego, leczeni octanem	**1. Dawkowanie w leczeniu opornego na kastrację raka gruczołu krokowego octanem abirateronu przed stosowaniem chemioterapii** Zalecana dawka octanu abirateronu wynosi 1000 mg i jest stosowana jednorazowo co 24 godziny. Leku nie wolno przyjmować razem z pokarmem (przyjmowanie leku z pokarmem zwiększa całkowite narażenie organizmu na abirateron). Octan abirateronu należy przyjmować w skojarzeniu z małą dawką prednizonu lub prednizolonu. Zalecana dawka prednizonu lub prednizolonu wynosi 10 mg na dobę. U chorych, którzy nie byli uprzednio poddani orchidektomii, w trakcie leczenia abirateronem należy utrzymać supresję androgenową, z zastosowaniem agonistów LHRH. Dopuszczalne są modyfikacje dawkowania w sytuacjach i w zakresie wskazanym w charakterystyce produktu leczniczego. **2. Dawkowanie w leczeniu opornego na kastrację raka gruczołu krokowego enzalutamidem przed stosowaniem**	**1. Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego octanem abirateronu przed stosowaniem chemioterapii** **1.1. Badania przy kwalifikacji** 1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie raka gruczołu krokowego; 2) ocena aktywności aminotransferaz w surowicy oraz innych wskaźników koniecznych do określenia kat. niewydolności wątroby wg Child-Pugh przed rozpoczęciem leczenia; 3) scyntygrafia kośćca (jeżeli nie była wykonana wcześniej); 4) obrazowanie (rentgenografia lub tomografia komputerowa, lub rezonans magnetyczny) w zależności od sytuacji klinicznej; 5) oznaczenie stężenia PSA i testosteronu. **1.2. Monitorowanie leczenia** Zawsze w przypadku wskazań klinicznych: 1) oznaczenie stężenia PSA co 3 miesiące; 2) obrazowanie w zależności od badania wykonanego przy kwalifikacji; 3) ocena aktywności aminotransferaz w surowicy co dwa tygodnie przez pierwsze trzy miesiące leczenia, a następnie co miesiąc;

abirateronu przed stosowaniem chemioterapii w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że przed rozpoczęciem terapii spełniali kryteria włączenia oraz nie spełniali kryteriów uniemożliwiających włączenie do programu.

1.2. Określenie czasu leczenia w programie

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

1.3. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu

1) nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą;
2) umiarkowane lub ciężkie zaburzenia czynności wątroby (Klasa B lub C wg Child-Pugh);
3) aktywność aminotransferaz równa lub przekraczająca 2,5-krotną wartość górnego zakresu normy;
4) stężenie potasu poniżej dolnej granicy normy;
5) wcześniejsze stosowanie ketokonazolu z powodu raka gruczołu krokowego powyżej 7 dni;
6) niekontrolowane choroby układu sercowo-naczyniowego;
7) niekontrolowane nadciśnienie tętnicze;
8) rozpoznanie drobnokomórkowego raka stercza;
9) wcześniejsze leczenie enzalutamidem lub octanem abirateronu.

1.4. Kryteria wyłączenia z programu

1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na octan abirateronu lub którąkolwiek substancję pomocniczą;
2) progresja choroby w trakcie stosowania leku, definiowana według następujących kryteriów:
   a) wystąpienie łącznie przynajmniej 2 z 3 następujących rodzajów progresji:
      - progresja kliniczna:
        - progresja bólu związana z koniecznością zastosowania przeciwbólowego leku opioidowego przez okres dłuższy niż 2 tygodnie lub

      lub

chemioterapii

Zalecana dawka enzalutamidu to 160 mg (cztery kapsułki po 40 mg) w jednorazowej dawce dobowej. Kapsułki należy połykać w całości popijając wodą niezależnie od posiłku.

W przypadku pominięcia przyjęcia leku o zwykłej porze, przepisaną dawkę należy przyjąć tak szybko jak to możliwe.

W przypadku pominięcia dawki w danym dniu, leczenie należy wznowić następnego dnia przyjmując zazwyczaj stosowaną dawkę dobową.

Jeśli u pacjenta wystąpią objawy toksyczności stopnia ≥ 3 lub inne działania niepożądane, należy przerwać stosowanie produktu na tydzień lub do czasu zmniejszenia objawów do stopnia ≤ 2. Maksymalna przerwa w podawaniu leku nie może być dłuższa niż 8 tygodni. Następnie należy wznowić stosowanie leku w tej samej lub, jeżeli jest to uzasadnione, zmniejszonej dawce (120 mg lub 80 mg).

U chorych nie poddanych obustronnej orchiektomii należy kontynuować terapię farmakologiczną, której celem jest uzyskanie kastracji.

3. Dawkowanie w leczeniu opornego na kastrację raka gruczołu krokowego octanem abirateronu

Zalecana dawka octanu abirateronu wynosi 1000 mg i jest stosowana jednorazowo co 24 godziny. Leku nie wolno przyjmować razem z pokarmem (przyjmowanie leku z pokarmem zwiększa całkowite narażenie

4) inne badania w zależności od sytuacji klinicznej;
5) scyntygrafia po 6 miesiącach od włączania do programu lub wcześniej, w przypadku stwierdzenia progresji klinicznej, na podstawie kryteriów zawartych w kryteriach progresji.

2. Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego enzalutamidem przed stosowaniem chemioterapii

2.1. Badania przy kwalifikacji

1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie raka gruczołu krokowego;
2) ocena aktywności aminotransferaz w surowicy oraz innych wskaźników koniecznych do określenia kat. niewydolności wątroby wg Child-Pugh przed rozpoczęciem leczenia;
3) scyntygrafia kośćca (jeżeli nie była wykonana wcześniej);
4) obrazowanie (rentgenografia lub tomografia komputerowa, lub rezonans magnetyczny) w zależności od sytuacji klinicznej;
5) oznaczenie stężenia PSA i testosteronu.

2.2. Monitorowanie leczenia

Zawsze w przypadku wskazań klinicznych:

1) oznaczenie stężenia PSA co 3 miesiące;
2) obrazowanie w zależności od badania wykonanego przy kwalifikacji;
3) inne badania w zależności od sytuacji klinicznej;
4) scyntygrafia po 6 miesiącach od włączania do programu lub wcześniej, w przypadku stwierdzenia progresji klinicznej, na podstawie

- wystąpienie SRE (skeletal related events – zdarzeń kostnych)

lub

- pogorszenie sprawności pacjenta (wg Klasyfikacji WHO) do co najmniej stopnia 2, utrzymujące się min. 2 tygodnie,

- progresja PSA określona jako trzy kolejne wzrosty PSA, oznaczone w co najmniej tygodniowych odstępach, z udowodnionymi wzrostami o co najmniej 50% wobec wartości wyjściowej, przy nominalnej wartości stężenia PSA >2ng/ml,
- progresja radiologiczna określona jako pojawienie się co najmniej dwóch nowych ognisk, potwierdzona badaniem obrazowym

lub

b) progresja zgodnie z kryteriami RECIST;

3) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia zgodnie z wytycznymi zawartymi w charakterystyce produktu leczniczego;

4) rezygnacja świadczeniobiorcy.

2. Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego enzalutamidem przed stosowaniem chemioterapii

2.1. Kryteria kwalifikacji

Do leczenia enzalutamidem w ramach programu kwalifikują się chorzy na raka gruczołu krokowego z przerzutami spełniający poniższe kryteria:

1) histologiczne rozpoznanie raka gruczołowego stercza;

2) zastosowanie chemioterapii nie jest jeszcze wskazane klinicznie;

3) 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 kryteriów w pkt. 4);

4) progresja choroby określona na podstawie:

a) trzech kolejnych wzrostów stężenia PSA, oznaczonego w co najmniej tygodniowych odstępach, z udowodnionymi dwoma wzrostami o 50% wobec wartości wyjściowej (nadir), przy nominalnej wartości stężenia PSA >2 ng/ml

lub

b) wystąpienia objawów progresji zmian (układ kostny, narządy wewnętrzne, tkanki miękkie) w badaniach obrazowych;

organizmu na abirateron).

Octan abirateronu należy przyjmować w skojarzeniu z małą dawką prednizonu lub prednizolonu. Zalecana dawka prednizonu lub prednizolonu wynosi 10 mg na dobę.

U chorych, którzy nie byli uprzednio poddani orchidektomii, w trakcie leczenia abirateronem należy utrzymać supresję androgenową, z zastosowaniem agonistów LHRH.

Dopuszczalne są modyfikacje dawkowania w sytuacjach i w zakresie wskazanym w charakterystyce produktu leczniczego.

4. Dawkowanie w leczeniu opornego na kastrację raka gruczołu krokowego enzalutamidem

Zalecana dawka enzalutamidu to 160 mg (cztery kapsułki po 40 mg) w jednorazowej dawce dobowej. Kapsułki należy połykać w całości popijając wodą niezależnie od posiłku.

W przypadku pominięcia przyjęcia leku o zwykłej porze, przepisaną dawkę należy przyjąć tak szybko jak to możliwe.

W przypadku pominięcia dawki w danym dniu, leczenie należy wznowić następnego dnia przyjmując zazwyczaj stosowaną dawkę dobową.

Jeśli u pacjenta wystąpią objawy toksyczności stopnia ≥ 3 lub inne działania niepożądane, należy przerwać stosowanie produktu na tydzień lub do czasu zmniejszenia objawów do stopnia ≤ 2. Maksymalna przerwa w podawaniu leku nie może być dłuższa niż 8 tygodni. Następnie

kryteriów zawartych w kryteriach progresji.

3. Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego octanem abirateronu

3.1. Badania przy kwalifikacji

1) histologicznie lub cytologicznie potwierdzone rozpoznanie raka gruczołu krokowego;

2) ocena aktywności aminotransferaz w surowicy oraz innych wskaźników koniecznych do określenia kat. niewydolności wątroby wg Child Pugh przed rozpoczęciem leczenia;

3) scyntygrafia kośćca (jeżeli nie była wykonana wcześniej);

4) obrazowanie (rentgenografia lub tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny) w zależności od sytuacji klinicznej;

5) oznaczenie stężenia PSA i testosteronu.

3.2. Monitorowanie leczenia

Zawsze w przypadku wskazań klinicznych:

1) oznaczenie stężenia PSA co 3 miesiące, w przypadku zwiększenia stężenia, kolejne oznaczenia PSA w celu wykluczenia progresji biochemicznej wykonywać co 28-30 dni;

2) obrazowanie w zależności od badania wykonanego przy kwalifikacji;

3) ocena aktywności aminotransferaz w surowicy co dwa tygodnie przez pierwsze trzy miesiące leczenia, a następnie co miesiąc;

4) inne badania w zależności od sytuacji klinicznej;

5) scyntygrafia po 6 miesiącach od włączenia do programu lub w przypadku stwierdzenia progresji klinicznej, na podstawie kryteriów

5) Nie leczenie opioidami z powodu objawów raka gruczołu krokowego (dopuszczalne jest stosowanie opioidów w przeszłości);
6) Stan sprawności 0 według klasyfikacji ECOG;
7) Wiek powyżej 18. roku życia.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

Ponadto do programu lekowego, w celu zapewnienia kontynuacji terapii, kwalifikowani są pacjenci z opornym na kastrację rakiem gruczołu krokowego, leczeni enzalutamidem przed stosowaniem chemioterapii w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że przed rozpoczęciem terapii spełniali kryteria włączenia oraz nie spełniali kryteriów uniemożliwiających włączenie do programu.

2.2. Określenie czasu leczenia w programie

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

2.3. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu

1) nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą;
2) ciężka niewydolność nerek lub ciężkie zaburzenia czynności wątroby (Klasa C wg Child-Pugh);
3) wcześniejsze stosowanie ketokonazolu z powodu raka gruczołu krokowego powyżej 7 dni;
4) niekontrolowane choroby układu sercowo-naczyniowego;
5) niekontrolowane nadciśnienie tętnicze;
6) rozpoznanie drobnokomórkowego raka stercza;
7) wcześniejsze leczenie enzalutamidem lub octanem abirateronu;
8) napady padaczkowe w wywiadzie lub inne opisane w wywiadzie czynniki predysponujące do ich wystąpienia.

2.4. Kryteria wyłączenia z programu

1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na enzalutamid lub którąkolwiek substancję pomocniczą;
2) progresja choroby w trakcie stosowania leku, definiowana według następujących

należy wznowić stosowanie leku w tej samej lub, jeżeli jest to uzasadnione, zmniejszonej dawce (120 mg lub 80 mg).

U chorych nie poddanych obustronnej orchiektomii należy kontynuować terapię farmakologiczną, której celem jest uzyskanie kastracji.

5. Dawkowanie w leczeniu opornego na kastrację raka gruczołu krokowego dichlorkiem radu Ra-223

5.1. Lek jest podawany we wstrzyknięciach dożylnych w dawce 55 kBq/kg mc.

5.2. Dawka leku nie może być modyfikowana.

5.3. W przypadku wystąpienia działań niepożądanych kolejna dawka leku może być podana z opóźnieniem, jednak nie może ono wynieść więcej niż 4 tygodnie.

5.4. Warunkiem podania kolejnej dawki leku w przypadku, o którym mowa powyżej jest:

a) w przypadku hematotoksyczności: działanie powinno zmniejszyć się co najmniej do stopnia 2 wg CTC;
b) w przypadku toksyczności innych niż hematologiczne: działanie powinno zmniejszyć się do stopnia 2 wg CTC w przypadku działań żołądkowo-jelitowych lub stopnia 3 wg CTC w przypadku pozostałych działań;
c) w przypadku kompresji rdzenia kręgowego, do której dojdzie w trakcie leczenia, stosowanie leku może być kontynuowane, jeżeli

zawartych w kryteriach progresji.

4. Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego enzalutamidem

4.1. Badania przy kwalifikacji

1) histologicznie lub cytologicznie potwierdzone rozpoznanie raka gruczołu krokowego;
2) ocena aktywności aminotransferaz w surowicy oraz innych wskaźników koniecznych do określenia kat. niewydolności wątroby wg Child Pugh przed rozpoczęciem leczenia;
3) scyntygrafia kośćca (jeżeli nie była wykonana wcześniej);
4) obrazowanie (rentgenografia lub tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny) w zależności od sytuacji klinicznej;
5) oznaczenie stężenia PSA i testosteronu.

4.2. Monitorowanie leczenia

Zawsze w przypadku wskazań klinicznych:

1) oznaczenie stężenia PSA co 3 miesiące, w przypadku zwiększenia stężenia, kolejne oznaczenia PSA w celu wykluczenia progresji biochemicznej wykonywać co 28-30 dni;
2) obrazowanie w zależności od badania wykonanego przy kwalifikacji;
3) inne badania w zależności od sytuacji klinicznej;
4) scyntygrafia po 6 miesiącach od włączenia do programu lub w przypadku stwierdzenia progresji klinicznej, na podstawie kryteriów zawartych w kryteriach progresji.

5. Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu

kryteriów:

a) Wystąpienie łącznie przynajmniej 2 z 3 następujących rodzajów progresji:

- progresja kliniczna:
  - progresja bólu związana z koniecznością zastosowania przeciwbólowego leku opioidowego przez okres dłuższy niż 2 tygodnie

  lub
  - wystąpienie SRE (skeletal related events – zdarzeń kostnych)

  lub
  - pogorszenie sprawności pacjenta (wg. Klasyfikacji ECOG) do co najmniej stopnia 2, utrzymujące się min. 2 tygodnie
- progresja PSA określona jako trzy kolejne wzrosty PSA, oznaczone w co najmniej tygodniowych odstępach, z udowodnionymi wzrostami o co najmniej 50% wobec wartości wyjściowej, przy nominalnej wartości stężenia PSA >2ng/ml.
- progresja radiologiczna określona jako pojawienie się co najmniej dwóch nowych ognisk, potwierdzona badaniem obrazowym

lub

b) progresja zgodnie z kryteriami RECIST;

3) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia zgodnie z wytycznymi zawartymi w charakterystyce produktu leczniczego;

4) rezygnacja świadczeniobiorcy.

3. Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego octanem abirateronu

3.1. Kryteria kwalifikacji

Do leczenia octanem abirateronu w ramach programu kwalifikują się chorzy na raka gruczołu krokowego:

1) rozpoznanego histologicznie (dopuszczalne kwalifikowanie chorych, u których rozpoznanie ustalono w przeszłości cytologicznie, kiedy histologiczne badanie nie było standardem postępowania diagnostycznego);

2) stadium oporności na kastrację, określonym na podstawie oznaczenia stężenia testosteronu w surowicy wynoszącego 50 ng/dl lub mniej (tj. wynoszącego 1,7 nmol/l lub mniej;

zaopatrzenie pacjenta nie spowoduje opóźnienia podania kolejnej dawki leku o więcej niż 4 tygodnie;

d) w przypadku złamania kostnego, do którego dojdzie w trakcie leczenia, podanie kolejnej dawki leku powinno odbyć się w okresie od 2 do 4 tygodni po dokonaniu się złamania.

krokowego dichlorkiem radu Ra-223

5.1. Badania przy kwalifikacji

1) badania laboratoryjne wykonuje się maksymalnie na 2 tygodnie przed kwalifikacją do programu, badania obrazowe (z wyjątkiem scyntygrafii) na 2 miesiące przed kwalifikacją do programu, scyntygrafię wykonuje się maksymalnie na 3 miesiące przed kwalifikacją pacjenta do programu.

2) w ramach kwalifikacji pacjenta do programu wykonuje się następujące badania:

a) morfologia krwi z rozmazem,

b) oznaczenie stężenia PSA,

c) oznaczenie w surowicy stężenia: bilirubiny, kreatyniny, fosfatazy alkalicznej, testosteronu,

d) oznaczenie w surowicy aktywności transaminaz (AspAT, AlAT),

3) scyntygrafia kości,

4) tomografia komputerowa jamy brzusznej i miednicy,

5) RTG lub tomografia komputerowa klatki piersiowej.

5.2. Monitorowanie leczenia

1) w ramach monitorowania leczenia w programie każdorazowo przed podaniem kolejnej dawki leku wykonuje się następujące badania:

a) morfologia krwi z rozmazem,

b) oznaczenie w surowicy stężenia bilirubiny, kreatyniny, fosfatazy alkalicznej,

c) oznaczenie w surowicy aktywności transaminaz (AspAT, AlAT),

2) oznaczenie stężenia PSA co 3 miesiące,

3) z progresją choroby w trakcie lub po chemioterapii z udziałem docetakselu, określoną na podstawie: a) trzech kolejnych wzrostów stężenia PSA, oznaczonego w co najmniej tygodniowych odstępach, z udowodnionymi dwoma wzrostami o 50% wobec wartości wyjściowej (nadir), przy nominalnej wartości stężenia PSA >2 ng/ml lub b) wystąpienia objawów progresji zmian (układ kostny, narządy wewnętrzne, tkanki miękkie) w badaniach obrazowych; 4) w stanie sprawności 0-1 według klasyfikacji WHO; 5) w wieku powyżej 18. roku życia. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Do programu kwalifikowani są również pacjenci dotychczas leczeni z zastosowaniem octanu abirateronu w ramach świadczenia chemioterapii niestandardowej, pod warunkiem, że zostali zakwalifikowani do leczenia w ramach chemioterapii niestandardowej przed 1 stycznia 2014 r. oraz przed rozpoczęciem leczenia nie spełniali kryteriów wyłączenia z programu. **3.2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu. **3.3. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu** 1) nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą; 2) umiarkowane lub ciężkie zaburzenia czynności wątroby (klasa B lub C wg Child-Pugh); 3) aktywność aminotransferaz równa lub przekraczająca 2,5-krotną wartość górnego zakresu normy; 4) wcześniejsze stosowanie ketokonazolu z powodu raka gruczołu krokowego; 5) niekontrolowane choroby układu sercowo-naczyniowego; 6) wcześniejsze leczenie enzalutamidem lub octanem abirateronu. **3.4. Kryteria wyłączenia z programu** 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na octan abirateronu lub którąkolwiek substancję pomocniczą;		w przypadku zwiększenia stężenia, kolejne oznaczenia PSA w celu wykluczenia progresji biochemicznej wykonywać co 28-30 dni; 3) po zakończeniu leczenia w programie, w okresie 4-8 tygodni od momentu podania ostatniej dawki leku, jednorazowo wykonuje się badania określone w pkt 1); 4) inne badania w razie wskazań klinicznych, zgodnie z decyzją lekarza prowadzącego. **6. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

2) progresja choroby w trakcie stosowania leku, definiowana według następujących kryteriów: a) wystąpienie łącznie przynajmniej 2 z 3 następujących rodzajów progresji: • progresja kliniczna: ▪ progresja bólu określona jako włączenie nowego opioidu na dłużej niż 2 tygodnie (nie dotyczy przypadków, gdy włączenie nowego opioidowego leku przeciwbólowego nastąpiło z powodu działań niepożądanych wywołanych przez lek dotychczas stosowany) lub ▪ wystąpienie SRE (skeletal related events - zdarzeń kostnych) lub ▪ utrzymujące się min. 2 tygodnie pogorszenie sprawności pacjenta do co najmniej stopnia 2 (wg klasyfikacji WHO); • progresja PSA określona jako trzy kolejne wzrosty PSA, oznaczone w co najmniej tygodniowych odstępach, zudowodnionymi wzrostami o co najmniej 50% wobec wartości wyjściowej, przy nominalnej wartości stężenia PSA >2ng/ml, • progresja radiologiczna określona jako pojawienie się co najmniej dwóch nowych ognisk, potwierdzona badaniem obrazowym, lub b) progresja zgodnie z kryteriami RECIST; 3) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia zgodnie z wytycznymi zawartymi w charakterystyce produktu leczniczego; 4) rezygnacja świadczeniobiorcy. **4. Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego enzalutamidem** **4.1. Kryteria kwalifikacji** 1) wiek: 18 lat i powyżej; 2) rozpoznanie histologiczne raka gruczołu krokowego; 3) stadium oporności na kastrację (stężenie testosteronu w surowicy wynoszące poniżej 50 ng/dl, tj. wynoszące mniej niż 1,7 nmol/l); 4) stan sprawności 0-1 według ECOG;		

5) z progresją choroby w trakcie lub po chemioterapii z udziałem docetakselu, określoną na podstawie: a) trzech kolejnych wzrostów stężenia PSA, oznaczonego w co najmniej tygodniowych odstępach, z udowodnionymi dwoma wzrostami o 50% wobec wartości wyjściowej (nadir), przy nominalnej wartości stężenia PSA >2 ng/ml lub b) wystąpienia objawów progresji zmian (układ kostny, narządy wewnętrzne, tkanki miękkie) w badaniach obrazowych; Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **4.2. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu** 1) nadwrażliwość na enzalutamid lub którąkolwiek substancję pomocniczą; 2) ciężka niewydolność nerek, ciężka niewydolność wątroby (klasa C wg skali Child – Pugh); 3) niekontrolowane choroby układu sercowo-naczyniowego; 4) wcześniejsze leczenie enzalutamidem lub octanem abirateronu; 5) napady padaczkowe w wywiadzie lub inne opisane w wywiadzie czynniki predysponujące do ich wystąpienia. **4.3. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o zakończeniu leczenia świadczeniobiorcy w programie, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu. **4.4. Kryteria wyłączenia z programu** 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na enzalutamid lub którąkolwiek substancję pomocniczą; 2) progresja choroby w trakcie stosowania leku, definiowana według następujących kryteriów: a) wystąpienie łącznie przynajmniej 2 z 3 następujących rodzajów progresji: • progresja kliniczna: ▪ progresja bólu określona jako włączenie nowego opioidu na dłużej niż 2 tygodnie (nie dotyczy przypadków, gdy włączenie nowego opioidowego leku przeciwbólowego nastąpiło z powodu działań niepożądanych wywołanych przez lek dotychczas stosowany)		

lub ▪ wystąpienie SRE (skeletal related events - zdarzeń kostnych) lub ▪ utrzymujące się min. 2 tygodnie pogorszenie sprawności pacjenta do co najmniej stopnia 2 (wg klasyfikacji WHO); • progresja PSA określona jako trzy kolejne wzrosty PSA, oznaczone w co najmniej tygodniowych odstępach, zudowodnionymi wzrostami o co najmniej 50% wobec wartości wyjściowej, przy nominalnej wartości stężenia PSA >2ng/ml, • progresja radiologiczna określona jako pojawienie się co najmniej dwóch nowych ognisk, potwierdzona badaniem obrazowym, lub b) progresja zgodnie z kryteriami RECIST; 3) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia zgodnie z zaleceniami zawartymi w charakterystyce produktu leczniczego; 4) rezygnacja świadczeniobiorcy. **5. Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego dichlorkiem radu Ra-223** **5.1. Kryteria kwalifikacji** Do programu kwalifikuje się pacjentów spełniających łącznie następujące kryteria: 1) histologiczne lub cytologiczne rozpoznanie raka gruczołu krokowego; 2) kastracyjne stężenie testosteronu (poniżej 50 ng/dl) w wyniku prowadzonego farmakologicznego leczenia kastracyjnego (farmakologiczne leczenie kastracyjne powinno być kontynuowane) lub po wykonanej kastracji chirurgicznej; 3) progresja po wcześniejszym zastosowaniu co najmniej dwóch linii leczenia systemowego (innych niż analogi LHRH) z powodu przerzutowego, opornego na kastrację raka gruczołu krokowego, w tym leczenie docetakselem ukończone co najmniej 4 tygodnie przed rozpoczęciem leczenia dichlorkiem radu-223. Jeśli pacjent przed rozpoczęciem leczenia dichlorkiem radu-223 przyjmował octan abirateronu z prednizonem/prednizolonem, należy zapewnić minimum 5 dniowy odstęp między podaniem ostatniej dawki octanu abirateronu z prednizonem/prednizolonem, a		

pierwszej dawki dichlorku radu-223. Dopuszcza się zastosowanie dichlorku radu-223 bez zastosowania wcześniejszych dwóch linii leczenia systemowego pod warunkiem braku możliwości zastosowania innej metody leczenia systemowego, co oznacza obecność przeciwwskazań medycznych; 4) progresja nowotworu definiowana jest jako: a) wzrost stężenia PSA w kolejnych 3 badaniach wykonanych w co najmniej tygodniowych odstępach, w tym co najmniej dwoma wzrostami o 50% wobec wartości wyjściowej, która musi wynosić powyżej 2 ng/ml lub b) wystąpienie objawów progresji zmian w badaniach obrazowych; 5) potwierdzenie w badaniu scyntygraficznym obecności co najmniej 6 przerzutów do kości; 6) bóle kostne wymagające: a) stałego stosowania leków przeciwbólowych, w sposób zgodny z zasadami postępowania w leczeniu bólu pochodzenia nowotworowego, lub b) paliatywnej radioterapii, która została przeprowadzona w okresie nie więcej niż 12 tygodni przed zakwalifikowaniem do leczenia dichlorkiem radu-223; 7) brak przerzutów do narządów trzewnych z wyjątkiem przerzutów do węzłów chłonnych o wymiarze mniejszym lub równym 3 cm w osi krótkiej; 8) stan sprawności ogólnej 0-2 według ECOG; 9) wiek pacjenta: 18 lat i powyżej; 10) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem: a) liczba płytek krwi większa lub równa 1,0 x $10^5/mm^3$, b) bezwzględna liczba neutrofilów większa lub równa $1500/mm^3$, c) stężenie hemoglobiny większe lub równe 10,0 g/dl; 11) stężenie bilirubiny mniejsze lub równe 1,5 GGN; 12) aktywność AspAT i AlAT mniejsze lub równe 2,5 GGN; 13) stężenie kreatyniny mniejsze lub równe 1,5 GGN; 14) oczekiwany czas przeżycia dłuższy niż 6 miesięcy. **5.2. Określenie czasu leczenia w programie**		

Leczenie w programie obejmuje 6 podań leku wykonywanych w odstępach 4 tygodni, chyba że w oparciu o kryteria zakończenia udziału w programie, określone w pkt 4.4., zostanie podjęta decyzja o wyłączeniu pacjenta z programu. **5.3. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu** Do programu nie kwalifikuje się pacjentów w przypadku wystąpienia co najmniej jednego z poniższych kryteriów: 1) współistnienie innego aktywnego nowotworu złośliwego (z wyjątkiem raka podstawnokomórkowego skóry); albo wcześniejsze zachorowanie na jakikolwiek nowotwór złośliwy, o ile leczenie nie miało charakteru radykalnego lub miało charakter radykalny, ale nie uzyskano całkowitej remisji; 2) wystąpienie istotnych klinicznie działań niepożądanych spowodowanych chemioterapią, które nie ustępują w ciągu 4 tygodni od przerwania leczenia (z wyjątkiem utrzymującej się neuropatii); 3) leczenie z zastosowaniem strontu-89, samaru-153, renu-186 lub renu-188 w okresie 24 tygodni przed rozpoczęciem leczenia w ramach tego programu; 4) jednoczesne stosowanie innego systemowego leczenia przeciwnowotworowego z wyjątkiem farmakologicznego leczenia kastracyjnego (analog LHRH); 5) kompresja rdzenia kręgowego potwierdzona badaniem klinicznym lub badaniem rezonansu magnetycznego, wymagająca zaopatrzenia miejscowego lub radioterapii (leczenie dichlorkiem radu Ra-223 może zostać podjęte po skutecznym zakończeniu leczenia miejscowego); 6) obecność przerzutów do mózgu niekontrolowanych leczeniem miejscowym; 7) obecność co najmniej jednego z następujących schorzeń współistniejących: a) niekontrolowana infekcja, b) niewydolność serca w stopniu III lub IV NYHA, c) choroba Crohna lub wrzodziejące zapalenie jelita grubego, d) mielodysplazja szpiku; 8) niepoddające się leczeniu nietrzymanie kału; 9) obecność jakichkolwiek innych stanów lub schorzeń, które w opinii lekarza mogą stanowić przeciwwskazanie do zastosowania dichlorku radu Ra-223.		

5.4. Kryteria zakończenia udziału w programie Leczenie pacjenta w programie zostaje zakończone, jeżeli w trakcie tego leczenia wystąpi co najmniej jedno z następujących kryteriów: 1) wystąpienie nieakceptowalnej toksyczności hematologicznej tj. neutropenii lub trombocytopenii w stopniu 3 lub 4 wg CTC, utrzymujące się pomimo podjętego leczenia objawowego przez okres powyżej 14 dni lub utrzymywanie się pomimo podjętego leczenia objawowego innej toksyczności w stopniu 4 wg CTC przez okres powyżej 7 dni; 2) rozpoczęcie nowego leczenia z zastosowaniem innego preparatu radioizotopowego - z wyjątkiem zastosowania radioterapii paliatywnej na pojedyncze ogniska przerzutowe; 3) progresja choroby definiowana jako: a) progresja PSA rozumiana jako postępujące zwiększenie stężenia PSA w kolejnych 3 badaniach wykonanych w co najmniej tygodniowych odstępach, z co najmniej dwoma wzrostami o 50% wobec wartości wyjściowej, która musi być większa 5 ng/ml oraz b) pogorszenie stanu sprawności ogólnej o co najmniej 2 stopnie wg ECOG w stosunku do wartości wyjściowej; 4) niepoddające się leczeniu nietrzymanie kału; 5) kompresja rdzenia kręgowego potwierdzona badaniem klinicznym lub badaniem rezonansu magnetycznego, która nie może zostać zaopatrzona miejscowo lub której zaopatrzenie wymagałoby opóźnienia podania kolejnej dawki leku o więcej niż 4 tygodnie; 6) jakiekolwiek inne poważne schorzenie, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwia kontynuację leczenia dichlorkiem radu Ra-223.		

Załącznik B.57.

LECZENIE SPASTYCZNOŚCI KOŃCZYNY GÓRNEJ I/LUB DOLNEJ PO UDARZE MÓZGU Z UŻYCIEM TOKSYNY BOTULINOWEJ TYPU A (ICD–10 I61, I63, I69)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji Do leczenia z zastosowaniem toksyny botulinowej Botox albo Dysport kwalifikuje się pacjentów spełniających łącznie kryteria 1,2,3,6 i/lub 1,2,4,5,6. Do leczenia z zastosowaniem toksyny botulinowej Xeomin kwalifikuje się pacjentów spełniających łącznie kryteria 1,2,3,6. 1) Wiek od 18 roku życia; 2) Pacjenci po przebytym niedokrwiennym lub krwotocznym udarze mózgu, udokumentowanym wypisem ze szpitala; 3) Pacjenci z potwierdzoną poudarową spastycznością kończyny górnej w stopniu umiarkowanym lub wyższym (wynik w zmodyfikowanej skali Ashwortha – MAS ≥ 2) w przynamniej jednej grupie mięśniowej; 4) Pacjenci z potwierdzoną poudarową spastycznością kończyny dolnej w stopniu umiarkowanym lub wyższym (wynik w zmodyfikowanej skali Ashwortha – MAS ≥ 2) w przynamniej jednej grupie mięśniowej; 5) Pacjent zdolny do przyjęcia pozycji stojącej; 6) Brak przeciwskazań do leczenia wymienionych w	**1. Dawkowanie Botulinum A toxin ā 100 j. (Botox), Botulinum A toxin ā 500 j. i Botulinum A toxin a 300 j. (Dysport) oraz Botulinum A toxin ā 100 j. (Xeomin)** Podczas jednej sesji leczenia nie powinno się przekraczać maksymalnych dawek leku dla poszczególnych kończyn oraz maksymalnej dawki jednorazowej na sesję. Maksymalne dawki na sesję (według zaleceń polskich i europejskich oraz odpowiednich aktualnych Charakterystyk Produktów Leczniczych): a) Botox: 600 j. (tylko kończyna górna – 350 j., tylko kończyna dolna – 300 j. do 400 j.), b) Dysport: 1500 j. (tylko kończyna górna – 1100 j., tylko kończyna dolna – 1500 j.), c) Xeomin: 500 j. (tylko kończyna górna). Lek podaje się wielopunktowo (z wyjątkiem małych mięśni) w zakresach dawek zgodnych z Charakterystyką Produktów Leczniczych lub z opublikowanymi rekomendacjami grupy ekspertów PTN oraz zgodnie z doświadczeniem klinicznym podającego (wybór mięśni i dawek w zależności od aktualnego stanu klinicznego i funkcjonalnego ocenionego przez lekarza).	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) Badanie neurologiczne: a) ocena spastyczności w zmodyfikowanej skali Ashwortha – MAS, b) test oceniający stopień osłabienia siły mięśni kończyny górnej i/lub dolnej według skali Medical Research Council (MRC) (0–5 w poszczególnych grupach mięśniowych), c) ocena stanu ruchowego z opisową oceną czynności możliwych do wykonania kończyną ze spastycznością; 2) U pacjentów przyjmujących leki antykoagulacyjne – acenokumarol lub warfarynę, wykonuje się badanie INR (dopuszczalna wartość INR ≤ 2,5). **2. Monitorowanie leczenia** Podczas wizyt kontrolnych przed podaniem pacjentowi kolejnej dawki leku wykonuje się: 1) Ocenę odpowiedzi na zastosowane leczenie mierzoną w zmodyfikowanej skali Ashwortha–MAS (poprawa o minimum 1 punkt), która stanowi kryterium podania

Charakterystyce Produktu Leczniczego. W zależności od decyzji lekarza, zaleca się rozpoczęcie indywidualnej kinezyterapii nie później niż 4 tygodnie po podaniu leku. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Czas leczenia w programie określa lekarz prowadzący leczenie pacjenta. Liczba podań leku i czas leczenia zależy od uzyskania przez pacjenta adekwatnej odpowiedzi na leczenie – przy czym maksymalnie 3 podania preparatu na każdą leczoną kończynę w każdym roku, nie częściej niż co 12 tygodni. W przypadku wystąpienia u pacjenta przynajmniej jednego z kryteriów wyłączenia z programu, pacjent zostaje wyłączony z programu bez zbędnej zwłoki. **3. Podawanie leku w ramach programu** 1) O liczbie podań, jaką otrzyma pacjent, decyduje lekarz prowadzący. Liczba podań leku zależy od uzyskania przez pacjenta dobrej odpowiedzi na leczenie, przy czym maksymalnie 3 podania preparatu na każdą leczoną kończynę w każdym roku, nie częściej niż co 12 tygodni; 2) Odpowiedź na leczenie jest weryfikowana podczas wizyt kontrolnych. Dwie pierwsze wizyty monitorujące powinny zostać wykonane 4 – 8 tygodni po podaniu pierwszej i drugiej dawki leku, a kolejne zgodnie z decyzją lekarza prowadzącego terapię. **4. Kryteria wyłączenia z programu**	Częstość podawania leku zależy od stanu klinicznego pacjenta – maksymalnie 3 podania preparatu na każdą leczoną kończynę w każdym roku, nie częściej niż co 12 tygodni. Zalecane podawanie pod kontrolą elektromiografii (EMG), stymulacji elektrycznej mięśnia i/lub ultrasonografii (USG).	kolejnych dawek leku; 2) Ocenę efektu podania leku według lekarza i według pacjenta przeprowadzana za pomocą skali CGI–IS (Clinical Global Impression – Improvement Scale); 3) Test oceniający stopień osłabienia siły mięśni kończyny górnej i/lub dolnej według skali Medical Research Council (MRC) (0–5 w poszczególnych grupach mięśniowych); 4) Ocenę spastyczności w zmodyfikowanej skali Ashwortha–MAS; 5) Ocenę stanu ruchowego z opisową oceną czynności możliwych do wykonania kończyną ze spastycznością. W dokumentacji medycznej pacjenta zamieszcza się informację o rodzaju i formie prowadzonej u pacjenta rehabilitacji, jeśli dotyczy. **3. Monitorowanie programu** 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) Uzupełnienie danych zawartych w 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.

1) Brak odpowiedzi na leczenie w dwóch kolejnych sesjach podania leku. Pacjenta uznaje się za odpowiadającego na leczenie, gdy po podaniu dwóch kolejnych dawek leku doszło u niego do spadku napięcia mięśniowego o ≥ 1 punkt w zmodyfikowanej skali Ashwortha–MAS względem wartości wyjściowych; 2) Pojawienie się przeciwwskazań do leczenia wymienionych w Charakterystyce Produktu Leczniczego; 3) Nadwrażliwość na kompleks neurotoksyny lub którykolwiek ze składników leku; 4) Utrwalony przykurcz kończyny górnej i/lub dolnej lub zanik mięśni w porażonej kończynie; 5) Ciężkie zaburzenia połykania i oddychania; 6) Ciąża lub karmienie piersią; 7) Potwierdzenie miastenii lub zespołu miastenicznego; 8) Wystąpienie ciężkich działań niepożądanych uniemożliwiających dalsze stosowanie leku; 9) Wszczepienie pompy baklofenowej; 10) Przyjmowanie leków hamujących transmisję nerwowo–mięśniową (np. aminoglikozydy); 11) Powstanie oporności na lek.		

Załącznik B.58.

LECZENIE ZAAWANSOWANEGO RAKA ŻOŁĄDKA (ICD-10 C16)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Program obejmuje leczenie chorych na raka żołądka z przerzutami trastuzumabem w skojarzeniu z cisplatyną i fluorouracylem lub cisplatyną i kapecytabiną. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) histologiczne rozpoznanie gruczolakoraka żołądka z obecnością przerzutów odległych; 2) nadekspresja receptora HER2 w komórkach raka określana jako wynik IHC /3+/; 3) obecność przynajmniej jednej zmiany mierzalnej lub ocenialnej; 4) stan sprawności 0-1 wg WHO; 5) niestosowanie w przeszłości leczenia systemowego z powodu przerzutowego raka żołądka; 6) wydolność serca wykazana na podstawie oceny klinicznej i badania ECHO (przed rozpoczęciem stosowania trastuzumabu) z frakcją wyrzutu lewej komory serca wynoszącą przynajmniej 50%; 7) ukończenie 18 roku życia. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Podawanie trastuzumabu jest kontynuowane po zakończeniu chemioterapii do wystąpienia progresji choroby lub istotnej klinicznie toksyczności, która nakazuje zaprzestanie leczenia.	**1. Leczenie chorych na raka żołądka z przerzutami trastuzumabem w skojarzeniu z cisplatyną i fluorouracylem lub cisplatyną i kapecytabiną** Trastuzumab stosowany jest co 3 tygodnie – pierwsza dawka leku wynosi 8 mg/kg masy ciała i.v., a następne 6 mg/kg. Chemioterapia rozpoczynana jest w dniu podania pierwszej dawki trastuzumabu i polega na zastosowaniu jednego z dwu schematów: 1) cisplatyna 80 mg/m^2 i.v dzień 1 oraz fluorouracyl wlew ciągły i.v. 800 mg/ m^2 na dobę dni 1-5; cykle powtarzane co 3 tygodnie; 2) cisplatyna 80 mg/m^2 i.v dzień 1 oraz kapecytabina 1000 mg/ m^2 2 x dziennie p.o. w dniach 1-14; cykle powtarzane co 3 tygodnie. Dopuszczalne jest zmniejszenie dawek leków cytotoksycznych maksymalnie o 25% w zależności od toksyczności lub opóźnienie podania kolejnego kursu. W przypadku nietolerancji jednej z fluoropirymidyn możliwa jest zmiana schematu chemioterapii na alternatywny (zamiana fluorouracylu na kapecytabinę	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) badanie immunohistochemiczne (ocena nadekspresji receptora HER2); 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) badania biochemiczne: a) stężenie kreatyniny; b) stężenie ALAT; c) stężenie AspAT; d) stężenie bilirubiny; e) stężenie sodu; f) stężenie potasu; g) stężenie wapnia. 4) RTG lub KT klatki piersiowej (wykonane w ciągu ostatnich 4 tygodni) – wybór rodzaju badania w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian; 5) KT jamy brzusznej (wykonane w ciągu ostatnich 4 tygodni); 6) scyntygrafia kośćca (w zależności od oceny sytuacji klinicznej); 7) EKG i ECHO lub MRI, konsultacja kardiologiczna - jedynie w przypadku wskazań klinicznych dotyczących wydolności układu sercowo-naczyniowego lub nieprawidłowych wyników EKG lub ECHO lub MRI; 8) próba ciążowa (u kobiet z możliwością zajścia w ciążę); 9) KT lub MRI mózgu (tylko, gdy są wskazania kliniczne).

Maksymalna liczba cykli chemioterapii cisplatyną i fluorouracylem lub cisplatyną i kapecytabiną wynosi 6. **3. Kryteria uniemożliwiające udział w programie** 1) przebyta chemioterapia z powodu przerzutowego raka żołądka; 2) nadwrażliwość na trastuzumab, białko mysie lub substancje pomocnicze; 3) nasilona duszność spoczynkowa związana z zaawansowaniem nowotworu lub innymi chorobami; 4) stan sprawności 2-4 według WHO; 5) niewydolność sercowo-naczyniowa i nadciśnienie tętnicze nie poddające się leczeniu farmakologicznemu; 6) ciąża i karmienie piersią; 7) klinicznie objawowe przerzuty do OUN; 8) inne poważne współistniejące choroby uniemożliwiające przeprowadzenie leczenia; 9) istotne klinicznie i stanowiące przeciwskazanie do stosowania chemioterapii zaburzenia wskaźników czynności układu krwiotwórczego, nerek lub wątroby. **4. Kryteria zakończenia udziału w programie** 1) progresja choroby w trakcie stosowania leczenia; 2) wystąpienie istotnych klinicznie zaburzeń wskaźników czynności układu krwiotwórczego, nerek lub wątroby uniemożliwiających dalsze leczenie; 3) ciąża. **5. Kontynuacja leczenia pacjentów po zakończeniu finansowania w ramach chemioterapii niestandardowej** 1) Z dniem 1 kwietnia 2018 roku do programu	lub odwrotnie).	**2. Monitorowanie leczenia** 1) morfologia krwi (z rozmazem) przed każdym kolejnym cyklem chemioterapii (zgodnie z rytmem kolejnych cykli), a następnie nie rzadziej, niż co 3 miesiące w czasie wyłącznego stosowania trastuzumabu; 2) badania biochemiczne: a) stężenie kreatyniny; b) stężenie ALAT; c) stężenie AspAT; d) stężenie bilirubiny; e) stężenie sodu; f) stężenie potasu; g) stężenie wapnia. Badania wykonuje się przed każdym kolejnym cyklem chemioterapii (zgodnie z rytmem kolejnych cykli), a następnie nie rzadziej, niż co 3 miesiące w czasie wyłącznego stosowania trastuzumabu. 3) EKG i ECHO lub MRI w trzecim oraz szóstym miesiącu, a następnie w przypadku klinicznych wskazań; 4) KT jamy brzusznej oraz RTG lub KT klatki piersiowej, co 3 miesiące lub w przypadku wskazań klinicznych (wybór metody w zależności od wyjściowej metody obrazowej); 5) scyntygrafia kośćca (w odniesieniu do chorych z przerzutami do kości) nie częściej, niż co 6 miesięcy. **Monitorowanie leczenia pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy 5. pkt. 1., powinno być prowadzone jednakowo jak w przypadku pozostałych pacjentów.**

kwalifikowani mogą być pacjenci, których leczenie było finansowane do tego dnia w ramach programu chemioterapii niestandardowej. 2) Kwalifikacja, o której mowa w pkt. 1, dotyczy leczenia tą samą substancją czynną, która była finansowana w ramach programu chemioterapii niestandardowej. 3) Pacjenci, o których mowa w pkt. 1 nie muszą spełniać w chwili kwalifikacji, innych kryteriów wymaganych do włączenia do programu. 4) Pacjenci, o których mowa w pkt. 1 kontynuują leczenie w ramach programu do momentu podjęcia decyzji przez lekarza prowadzącego o zakończeniu leczenia danym lekiem.		**3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. 4) W przypadku pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy 5. pkt. 1, nie jest wymagane uzupełnianie danych i informacji w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych.

Załącznik B.59.

LECZENIE CZERNIAKA SKÓRY LUB BŁON ŚLUZOWYCH (ICD-10 C43)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji do leczenia w programie **1.1. Kryteria kwalifikacji do leczenia ipilimumabem, lub niwolumabem, lub pembrolizumabem, lub terapii skojarzonej niwolumabem z ipilimumabem** 1) Histologiczne potwierdzenie czerniaka skóry lub błon śluzowych w stadium zaawansowania III (nieoperacyjny) lub IV oraz: a) w przypadku monoterapii ipilimumabem: nieskuteczne wcześniejsze jedno leczenie systemowe czerniaka lub brak tolerancji nie pozwalający na jego kontynuację (nie dotyczy chorych, którzy otrzymywali uzupełniające leczenie pooperacyjne - wymienieni chorzy mogą być kwalifikowani do leczenia ipilimumabem po wspomnianym leczeniu uzupełniającym oraz jednej linii leczenia systemowego z powodu uogólnienia nowotworu), b) w przypadku terapii niwolumabem, lub pembrolizumabem, lub terapii skojarzonej niwolumabem z ipilimumabem: – brak wcześniejszego leczenia za pomocą przeciwciał monoklonalnych anty-PD-1 (z wyjątkiem skojarzenia z ipilimumabem, gdy leczenie zakończono z powodu toksyczności ipilimumabu) oraz i. brak wcześniejszego leczenia farmakologicznego z powodu czerniaka skóry, albo ii. nieskuteczne wcześniejsze jedno leczenie systemowe stosowane w zaawansowanym stadium czerniaka lub brak tolerancji nie pozwalający na jego kontynuację (nie dotyczy terapii skojarzonej niwolumabu z ipilimumabem). Farmakologiczne leczenie	**1. Dawkowanie ipilimumabu w monoterapii (w drugiej linii leczenia)** Zalecana dawka ipilimumabu wynosi 3 mg/kg i obejmuje 4 podania w odstępach co 3 tygodnie (leczenie w tygodniach 1, 4, 7 i 10). Ipilimumab nie może być stosowany łącznie z: 1) innym przeciwciałem monoklonalnym; 2) inhibitorem kinazy BRAF; 3) inhibitorem kinazy MEK. **2. Dawkowanie niwolumabu lub pembrolizumabu lub niwolumabu w skojarzeniu z ipilimumabem** Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania (w tym okresowe wstrzymanie leczenia) prowadzone jest zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego. Niwolumab lub pembrolizumab, lub niwolumab w skojarzeniu z ipilimumabem nie może być stosowany łącznie z:	**1. Badania przy kwalifikacji do programu** **1.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia ipilimumabem, lub niwolumabem, lub pembrolizumabem lub terapią skojarzoną niwolumabem z ipilimumabem lub terapii niwolumabem lub pembrolizumabem w uzupełniającym leczeniu czerniaka** 1) Histologiczne potwierdzenie czerniaka; 2) Ocena ekspresji PDL-1 metodami immunohistochemicznymi na materiale utrwalonym z czerniaka - dotyczy terapii skojarzonej niwolumabem z ipilimumabem; 3) Diagnostyka obrazowa: RTG, PET-TK, TK lub MRI (USG w wybranych przypadkach - zmiany w tkance podskórnej lub skórze); 4) Pomiar masy ciała; 5) Pełne badanie przedmiotowe; 6) Ocena sprawności w skali ECOG; 7) Ocena obecności mutacji BRAF V600; 8) Test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym; 9) Elektrokardiogram (EKG);

systemowe (w tym z użyciem anty-PD-1) w stadium zaawansowanym nie obejmuje uzupełniającego leczenia pooperacyjnego;

2) Zmiany nowotworowe umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według kryteriów aktualnej wersji RECIST;
3) Stan sprawności według kryteriów ECOG w stopniu 0-1;
4) Wiek ≥ 18 lat;
5) Do leczenia niwolumabem w skojarzeniu z ipilimumabem kwalifikowani są pacjenci z ekspresją PDL-1 poniżej 5%;
6) Rozpoczynanie leczenia w chwili ustąpienia wszystkich klinicznie istotnych działań niepożądanych wcześniejszego leczenia;
7) Brak objawowych przerzutów do ośrodkowego układu nerwowego lub stan bezobjawowy po przebytym leczeniu chirurgicznym lub radioterapii przerzutów w mózgu;
8) Antykoncepcyjne przeciwdziałanie u kobiet w wieku rozrodczym przez cały okres stosowania leczenia oraz do 16 tygodni po podaniu ostatniej dawki;
9) Wykluczenie ciąży lub karmienia piersią u pacjentek;
10) Wyniki badania morfologii oraz badań biochemicznych krwi umożliwiające leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;
11) Brak przeciwskazań do rozpoczęcia leczenia wskazanych w Charakterystyce Produktu Leczniczego.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

1.2. Kryteria kwalifikacji do leczenia uzupełniającego czerniaka skóry lub błon śluzowych niwolumabem lub pembrolizumabem

1) Histologiczne potwierdzenie czerniaka skóry lub błon śluzowych z zajęciem węzłów chłonnych (dotyczy niwolumabu lub pembrolizumabu) lub z przerzutami odległymi (dotyczy tylko niwolumabu), po całkowitej resekcji - nie później niż 16 tygodni wstecz;
2) Zmiany nowotworowe umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według kryteriów aktualnej wersji RECIST;
3) Stan sprawności według kryteriów ECOG w stopniu 0-1;
4) Wiek ≥ 18 lat;
5) Do leczenia niwolumabem w skojarzeniu z ipilimumabem kwalifikowani są pacjenci z ekspresją PDL-1 poniżej 5%;
6) Rozpoczynanie leczenia w chwili ustąpienia wszystkich klinicznie istotnych działań niepożądanych wcześniejszego leczenia;
7) Brak objawowych przerzutów do ośrodkowego układu nerwowego lub stan bezobjawowy po przebytym leczeniu chirurgicznym lub radioterapii przerzutów w mózgu;
8) Antykoncepcyjne przeciwdziałanie u kobiet w wieku rozrodczym przez cały okres stosowania leczenia oraz do 16 tygodni po podaniu ostatniej dawki;
9) Wykluczenie ciąży lub karmienia piersią u pacjentek;
10) Wyniki badania morfologii oraz badań biochemicznych krwi umożliwiające leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;
11) Brak przeciwskazań do rozpoczęcia leczenia wskazanych w Charakterystyce Produktu Leczniczego.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

1.3. Kryteria kwalifikacji do leczenia uzupełniającego czerniaka skóry lub błon śluzowych dabrafenibem oraz trametynibem

1) Histologiczne potwierdzenie czerniaka skóry lub błon śluzowych z zajęciem węzłów chłonnych lub z przerzutami odległymi, po całkowitej resekcji - nie później niż 16 tygodni wstecz;
2) Zmiany nowotworowe umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według kryteriów aktualnej wersji RECIST;
3) Stan sprawności według kryteriów ECOG w stopniu 0-1;
4) Wiek ≥ 18 lat;
5) Rozpoczynanie leczenia w chwili ustąpienia wszystkich klinicznie istotnych działań niepożądanych wcześniejszego leczenia;
6) Brak objawowych przerzutów do ośrodkowego układu nerwowego lub stan bezobjawowy po przebytym leczeniu chirurgicznym lub radioterapii przerzutów w mózgu;
7) Antykoncepcyjne przeciwdziałanie u kobiet w wieku rozrodczym przez cały okres stosowania leczenia oraz do 16 tygodni po podaniu ostatniej dawki;
8) Wykluczenie ciąży lub karmienia piersią u pacjentek;
9) Wyniki badania morfologii oraz badań biochemicznych krwi umożliwiające leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;
10) Brak przeciwskazań do rozpoczęcia leczenia wskazanych w Charakterystyce Produktu Leczniczego.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

2. Kryteria wykluczenia z leczenia uzupełniającego czerniaka skóry lub błon śluzowych niwolumabem lub pembrolizumabem

1) innym przeciwciałem monoklonalnym (wyjątek stanowi skojarzenie niwolumabu z ipilimumabem);
2) inhibitorem kinazy BRAF;
3) inhibitorem kinazy MEK.

3. Dawkowanie wemurafenibu oraz kobimetynibu

Dawkowanie prowadzone jest zgodnie z Charakterystykami odpowiednich Produktów Leczniczych.

W przypadku konieczności zakończenia terapii jednym z leków ze schematu z powodu specyficznych toksyczności, można kontynuować terapię pozostałym lekiem ze schematu. Pacjenci włączeni do programu przed dniem 1.03.2017 mogą kontynuować monoterapię wemurafenibem aż do zakończenia leczenia.

4. Dawkowanie dabrafenibu oraz trametynibu

Dawkowanie prowadzone jest zgodnie z Charakterystykami odpowiednich Produktów Leczniczych. Kryteria i sposób modyfikacji dawkowania obu leków są określone w Charakterystykach Produktów Leczniczych.

W przypadku konieczności zakończenia terapii jednym z leków ze schematu z powodu reakcji niepożądanych można kontynuować terapię pozostałym lekiem ze schematu. Pacjenci włączeni do programu przed dniem 1.03.2017 mogą

10) Badania laboratoryjne:
   a) badania hematologiczne: hemoglobina, pełna morfologia z rozmazem (włącznie z bezwzględną liczbą limfocytów) oraz liczbą płytek,
   b) parametry biochemiczne surowicy: amylaza, aminotransferazy (ALT/AST), bilirubina (związana i całkowita), kreatynina, glukoza, mocznik, dehydrogenaza mleczanowa (LDH), elektrolity (w tym stężenie sodu, potasu, wapnia), TSH i wolna T4,
   c) badanie ogólne moczu.

1.2. Badania przy kwalifikacji do terapii skojarzonej z zastosowaniem wemurafenibu oraz kobimetynibu albo terapii skojarzonej z zastosowaniem dabrafenibu oraz trametynibu, albo terapii dabrafenibem i trametynibem w uzupełniającym leczeniu czerniaka, albo terapii skojarzonej enkorafenibu z binimetynibem

1) Histologiczne potwierdzenie czerniaka zgodnie z kryteriami włączenia;
2) Ocena obecności mutacji BRAF V600;
3) Morfologia krwi z rozmazem;
4) Oznaczenia stężenia kreatyniny;
5) Oznaczenie stężenia bilirubiny;
6) Oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;

2) Brak wcześniejszego leczenia farmakologicznego z powodu czerniaka skóry. Za farmakologiczne leczenie systemowe nie uznaje się uzupełniającego leczenia pooperacyjnego; 3) Rozpoczynanie leczenia niwolumabem lub pembrolizumabem w chwili ustąpienia wszystkich klinicznie istotnych działań niepożądanych wcześniejszego leczenia; 4) Wiek ≥ 18 lat; 5) Stan sprawności według kryteriów ECOG w stopniu 0-1; 6) Wyniki badania morfologii oraz badań biochemicznych krwi umożliwiające leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 7) Brak przeciwwskazań do stosowania leku określonych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego; 8) Wykluczenie ciąży lub karmienia piersią u pacjentek. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **1.3. Kryteria kwalifikacji do leczenia uzupełniającego czerniaka skóry lub błon śluzowych skojarzoną terapią dabrafenibem i trametynibem** 1) Rozpoznanie czerniaka skóry w stopniu zaawansowania IIIA z przerzutami powyżej 1mm, IIIB, IIIC lub IIID – na podstawie klasyfikacji AJCC, 8. edycji z 2017 roku; 2) Wykonana całkowita resekcja czerniaka skóry (jeśli nie ma wskazań do uzupełniającej limfadenektomii wystarczająca jest jedynie biopsja węzła wartowniczego); czas od resekcji przerzutów maksymalnie 16 tygodni; 3) Potwierdzenie mutacji BRAF V600 w komórkach nowotworowych za pomocą zwalidowanego testu; 4) Wiek ≥ 18 lat; 5) Sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG; 6) Brak stosowania wcześniejszych terapii systemowych w leczeniu czerniaka;	kontynuować monoterapię dabrafenibem aż do zakończenia leczenia. **5. Dawkowanie enkorafenibu z binimetynibem** Dawkowanie prowadzone jest zgodnie z Charakterystykami odpowiednich Produktów Leczniczych. Kryteria i sposób modyfikacji dawkowania obu leków są określone w Charakterystykach Produktów Leczniczych.	7) Oznaczenie stężenia dehydrogenazy mleczanowej; 8) Oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 9) Oznaczenie stężenia elektrolitów (w tym magnezu); 10) elektrokardiogram (EKG); 11) Ocena frakcji wyrzutowej lewej komory serca (LVEF); 12) Test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym; 13) Badanie tomografii komputerowej lub rezonans magnetyczny mózgu; 14) Badanie tomografii komputerowej klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy; 15) Badanie tomografii komputerowej innej lokalizacji lub inne badania obrazowe (ultrasonografia - USG, z ewentualną dokumentacją fotograficzną zmian nowotworowych na skórze, rezonans magnetyczny - MR, scyntygrafia) w zależności od sytuacji klinicznej; 16) Ocena przedmiotowa całej skóry; 17) Badanie głowy i szyi obejmujące przynajmniej wzrokową ocenę błon śluzowych jamy ustnej oraz palpacyjną ocenę węzłów chłonnych; 18) Badania obrazowe umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według kryteriów RECIST (nie wcześniej niż 28 dni przed zastosowaniem pierwszej dawki leku);

7) Wyniki badania morfologii oraz badań biochemicznych krwi umożliwiające leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 8) Brak innego aktywnego nowotworu złośliwego; 9) Brak współistniejących schorzeń uniemożliwiających leczenie; 10) Brak przeciwwskazań do stosowania dabrafenibu i trametynibu określonych w Charakterystykach Produktów Leczniczych; 11) Wykluczenie ciąży lub karmienia piersią. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **1.4. Kryteria kwalifikacji do terapii skojarzonej z zastosowaniem wemurafenibu oraz kobimetynibu albo terapii skojarzonej z zastosowaniem dabrafenibu oraz trametynibu albo terapii skojarzonej enkorafenibem z binimetynibem** 1) Rozpoznanie nieresekcyjnego (stopień III) lub uogólnionego (stopień IV) czerniaka skóry; 2) Potwierdzenie mutacji BRAF V600 w komórkach nowotworowych za pomocą zwalidowanego testu; 3) Zmiany nowotworowe umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według kryteriów aktualnej wersji RECIST; 4) Wiek ≥ 18 lat; 5) Sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG; 6) Brak objawowych przerzutów do ośrodkowego układu nerwowego lub stan bezobjawowy po przebytym leczeniu chirurgicznym lub radioterapii przerzutów w mózgu; 7) Wielkość odstępu QTc w badaniu EKG ≤ 500 ms; 8) Wyniki badania morfologii oraz badań biochemicznych krwi umożliwiające leczenie zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktów Leczniczych; 9) Brak przeciwwskazań do leczenia określonych w aktualnych Charakterystykach Produktów Leczniczych;		19) Badanie okulistyczne, w tym badanie ostrości i pola widzenia oraz dna oka. **2. Monitorowanie leczenia** **2.1. Monitorowanie leczenia ipilimumabem, lub niwolumabem lub pembrolizumabem, lub terapii skojarzonej niwolumabem z ipilimumabem lub terapii niwolumabem lub pembrolizumabem w uzupełniającym leczeniu czerniaka** 1) Diagnostyka obrazowa umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według aktualnych kryteriów RECIST: TK lub MRI (USG w wybranych przypadkach - zmiany w tkance podskórnej lub skórze). Diagnostykę obrazową wykonuje się: a) dla monoterapii ipilimumabem: po 12 tygodniach leczenia; b) dla niwolumabu i pembrolizumabu: po 12 tygodniach leczenia, a następnie co 3-4 miesiące lub przy klinicznym podejrzeniu progresji; c) dla terapii skojarzonej niwolumabu z ipilimumabem: między 11 a 13 tygodniem leczenia, następnie co 3-4 miesiące lub przy klinicznym podejrzeniu progresji; 2) Badania laboratoryjne: pełna morfologia krwi z rozmazem oraz liczbą płytek, parametry biochemiczne surowicy: aminotransferazy (ALT lub AST), bilirubina całkowita (bezpośrednia w przypadku stężenia

10) Brak schorzeń towarzyszących lub zaburzeń, uniemożliwiających leczenie; 11) Wykluczone stosowanie jednoczesnej chemioterapii; 12) Wykluczenie współistniejącego innego aktywnego nowotworu złośliwego z wyjątkiem nowotworów złośliwych skóry; 13) Wykluczenie ciąży lub karmienia piersią u pacjentek. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **2. Określenie czasu leczenia w programie** **2.1. Określenie czasu leczenia w monoterapii ipilimumabem** Leczenie - w przypadku dobrej tolerancji i uzyskania obiektywnych korzyści - może trwać 10 tygodni (zastosowanie leku w tygodniach 1., 4., 7. i 10.). W przypadku wystąpienia objawów nietolerancji lub cech progresji choroby według kryteriów immunologicznej odpowiedzi leczenie powinno być odroczone lub przerywane. Kryteria immunologicznej odpowiedzi: 1) irCR - całkowite ustąpienie wszystkich zmian (mierzalnych i niemierzalnych oraz brak nowych zmian) potwierdzone powtórną oceną wykonaną nie mniej niż 4 tygodnie od daty pierwszej dokumentacji; 2) irPR - zmniejszenie się zaawansowania nowotworu ≥ 50% względem stanu wyjściowego potwierdzone kolejną oceną wykonaną przynajmniej 4 tygodnie po pierwszej dokumentacji; 3) irSD - nieobecność kryteriów irCR lub irPR oraz nieobecność irPD; 4) irPD - zwiększenie zaawansowania guza o ≥ 25% względem minimalnego zarejestrowanego stopnia zaawansowania potwierdzone powtórną oceną wykonaną nie mniej niż 4 tygodnie od daty pierwszej dokumentacji. Czasowe przerwanie (zawieszenie) leczenia może mieć miejsce w przypadku wystąpienia poważnych działań niepożądanych lub znaczącego pogorszenia stanu sprawności pacjenta. W razie wystąpienia przynajmniej jednego z następujących zdarzeń niepożądanych konieczne może być wstrzymanie dawki ipilimumabu:		bilirubiny całkowitej > 1,5 GGN), kreatynina, glukoza, dehydrogenaza mleczanowa (LDH), elektrolity (w tym stężenie sodu, potasu, wapnia), TSH i wolna T4. Zaleca się, aby wszystkie próbki do badań laboratoryjnych były pobrane w okresie do 7 dni przed podaniem dawki leku. Badania laboratoryjne wykonuje się: a) dla monoterapii ipilimumabem i w trakcie leczenia skojarzonego ipilimumabem z niwolumabem: przed każdym podaniem leku; b) dla niwolumabu lub pembrolizumabu lub terapii skojarzonej niwolumabu z ipilimumabem: co 6-12 tygodni; 3) Pomiar masy ciała; 4) Pełne badanie przedmiotowe; 5) Ocena sprawności w skali ECOG; 6) Ocena zdarzeń niepożądanych. Antykoncepcyjne przeciwdziałanie u kobiet w wieku rozrodczym przez cały okres stosowania leczenia oraz 4 miesiące po podaniu ostatniej dawki niwolumabu, lub niwolumabu skojarzonego z ipilimumabem, lub pembrolizumabu. **2.2. Monitorowanie terapii skojarzonej z zastosowaniem wemurafenibu oraz kobimetynibu albo terapii skojarzonej z zastosowaniem dabrafenibu oraz trametynibu albo terapii dabrafenibem i trametynibem w uzupełniającym leczeniu**

1) jakiekolwiek zdarzenie niepożądane stopnia ≥ 2 niezwiązane ze skórą (włącznie z irAE), z wyjątkiem nieprawidłowych wyników badań laboratoryjnych; 2) jakikolwiek nieprawidłowy wynik badania laboratoryjnego w stopniu ≥ 3; 3) jakiekolwiek zdarzenie niepożądane stopnia ≥ 3 dotyczące skóry, niezależnie od związku przyczynowego. Należy wznowić leczenie ipilimumabem, jeżeli nasilenie zdarzeń niepożądanych zmniejszy się do stopnia ≤ 1 a następnie powrócić do dawkowania do chwili podania wszystkich 4 dawek lub do 16 tygodni po pierwszej dawce, cokolwiek nastąpi wcześniej. **2.2. Określenie czasu leczenia niwolumabem lub pembrolizumabem lub terapii skojarzonej niwolumabem z ipilimumabem** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia. 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: 1) potwierdzenie korzyści klinicznej w kolejnym badaniu obrazowym wykonanym po co najmniej 4 tygodniach, 2) konsolidacja uzyskanej korzyści klinicznej 2 kolejnymi podaniami leku, 3) obopólna, udokumentowana decyzja i zgoda zarówno lekarza jak i pacjenta na zawieszenie terapii. W przypadku wystąpienia progresji istnieje możliwość powrotu do tego leczenia, o ile pacjent nie spełnia kryteriów wyłączenia z programu oraz nie zachodzą inne przeciwwskazania do leczenia niwolumabem lub pembrolizumabem. **2.3. Określenie czasu leczenia niwolumabem lub pembrolizumabem w uzupełniającym leczeniu czerniaka**		**czerniaka, albo terapii skojarzonej enkorafenibem z binimetynibem** 1) Ocena odpowiedzi według kryteriów RECIST przy pomocy badania tomografii komputerowej klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy co 14-18 tygodni; 2) Badanie tomografii komputerowej lub rezonans magnetyczny mózgu u chorych ze stwierdzonymi wyjściowo przerzutami do OUN co 8-14 tygodni; 3) Badanie tomografii komputerowej innej lokalizacji lub inne badania obrazowe (ultrasonografia - USG, dokumentacja fotograficzna zmian na skórze, rezonans magnetyczny - MR, scyntygrafia) w zależności od sytuacji klinicznej; 4) Ocena skóry w kierunku występowania raków płaskonabłonkowych według opisu w aktualnych Charakterystykach Produktów Leczniczych wykonywana przez specjalistę onkologii klinicznej lub chirurgii onkologicznej (w przypadkach wątpliwych - konsultacja dermatologiczna); 5) Elektrokardiogram (EKG) oraz oznaczenie stężenia elektrolitów według aktualnych Charakterystyk Produktów Leczniczych po miesiącu leczenia, a następnie nie rzadziej niż co 3 miesiące, po zmianie dawkowania; 6) Badania morfologii i biochemii krwi według aktualnych Charakterystyk Produktów Leczniczych nie rzadziej niż co 8-10 tygodni;

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia, Leczenie trwa maksymalnie 12 miesięcy. **2.4. Określenie czasu leczenia skojarzoną terapią dabrafenibem i trametynibem w uzupełniającym leczeniu czerniaka** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia. Leczenie trwa maksymalnie 12 miesięcy. **2.5. Określenie czasu trwania terapii skojarzonej z zastosowaniem wemurafenibu oraz kobimetynibu albo terapii skojarzonej z zastosowaniem dabrafenibu oraz trametynibu albo terapii skojarzonej enkorafenibem z binimetynibem** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia z programu** **3.1. Kryteria wyłączenia z leczenia monoterapią ipilimumabem** 1) Jakiekolwiek zdarzenie niepożądane w stopniu ≥ 3 niezwiązane ze skórą, z wyjątkiem nieprawidłowych wyników badań laboratoryjnych; 2) Jakikolwiek nieprawidłowy wynik badania laboratoryjnego stopnia ≥ 4 z wyjątkiem AST, ALT lub bilirubiny całkowitej; 3) aktywność AST lub ALT >8 GGN; 4) stężenie bilirubiny całkowitej > 5 GGN; 5) dowolne inne zdarzenie niepożądane stopnia ≥ 4; 6) jakikolwiek ból oka lub zmniejszenie ostrości widzenia stopnia ≥ 2, które nie reaguje na leczenie miejscowe i nie ulega poprawie do stopnia ≤ 1 w ciągu 2		7) Pomiar temperatury ciała pacjenta podczas każdej wizyty i wywiad od pacjenta w kierunku występowania gorączek; 8) Ocena frakcji wyrzutowej lewej komory serca (LVEF) w razie wskazań klinicznych; 9) Badanie okulistyczne, w tym dna oka, jedynie w przypadku występowania klinicznych wskazań. **3. Kontrola „follow-up" pacjentów, u których leczenie niwolumabem lub pembrolizumabem zostało czasowo zawieszone** 1) Kontrolę pacjenta przeprowadza się co 3-4 miesiące w okresie do 3 lat od zawieszenia leczenia wg. następującego schematu: a) Ocena miejscowa węzłów chłonnych regionalnych; b) Badania obrazowe w zależności od pierwotnej lokalizacji przerzutów (TK, MR, RTG klatki piersiowej) oraz według wskazań klinicznych; c) Dermatoskopia nowych zmian skórnych; d) Kontrola parametrów biochemicznych surowicy: aminotransferazy (ALT lub AST), bilirubina całkowita, kreatynina, glukoza, dehydrogenaza mleczanowa (LDH), elektrolity (w tym stężenie sodu, potasu, wapnia), TSH i wolna T4;

tygodni od rozpoczęcia leczenia, bądź które wymaga leczenia ogólnoustrojowego; 7) Kobiety w wieku rozrodczym, które nie chcą lub nie są w stanie stosować dopuszczalnej metody antykoncepcji w celu uniknięcia ciąży przez cały okres leczenia oraz przez 16 tygodni po jego zakończeniu; 8) Kobiety w ciąży lub karmiące piersią; 9) Kobiety z dodatnim wynikiem testu ciążowego przy włączeniu do badania lub przed podaniem ipilimumabu; 10) Chorzy przyjmujący jakiekolwiek inne ogólnoustrojowe leczenie przeciwnowotworowe (w tym - jakiekolwiek leczenie eksperymentalne); 11) Chorzy z autoimmunologicznymi chorobami - potwierdzoną chorobą zapalną jelit w wywiadzie (w tym - wrzodziejące zapalenie jelita grubego i choroba Leśniowskiego-Crohna), objawową chorobą układową w wywiadzie (np. reumatoidalne zapalenie stawów, postępująca twardzina uogólniona, toczeń rumieniowaty układowy, autoimmunologiczne zapalenie naczyń), zaburzenia neuropatyczne pochodzenia autoimmunologicznego (zespół Guillaina-Barrégo lub miastenia). Nie dotyczy przypadków występowania bielactwa nabytego; 12) Chorzy z potwierdzonym zakażeniem HIV, HBV lub HCV (niezależnie od skuteczności stosowanego leczenia przeciwwirusowego); 13) Chorzy z innym współistniejącym nowotworem złośliwym (wyjątek - odpowiednio leczony rak podstawnokomórkowy lub płaskonabłonkowy skóry, rak powierzchniowy pęcherza lub rak szyjki macicy in situ); 14) Chorzy przyjmujący jakiekolwiek nieonkologiczne szczepienia przeciwko chorobom zakaźnym w okresie 4 tygodni przed i 4 tygodni po każdej dawce ipilimumabu (wyjątek - amantadyna i flumadyna); 15) Chorzy ze stanami zagrażającymi życiu, które wymagają podawania dużych dawek leków immunosupresyjnych oraz długotrwałego stosowania kortykosteroidów; 16) Chorzy na czerniaka gałki ocznej.		e) Scyntygrafia kości w przypadku bólu kości lub wskazań klinicznych (ale nie częściej niż co 6 miesięcy); f) Zachęcanie pacjentów do samokontroli okolicy operowanej i regionu spływu chłonnego; 2) Następnie kontrolę pacjenta przeprowadza się co 6-8 miesięcy w okresie kolejnych 3 lat zawieszenia terapii wg. schematu wskazanego w pkt. i-vii powyżej; 3) Następnie, po okresie 6 lat od zawieszenia terapii, kontrolę pacjenta przeprowadza się raz w roku, aż do końca życia, wg. następującego schematu: a) Ocena miejscowa, regionalna w badaniu przedmiotowym; b) Dermatoskopia nowych zmian; c) Kontrola parametrów biochemicznych surowicy: aminotransferazy (ALT lub AST), bilirubina całkowita (bezpośrednia w przypadku stężenia bilirubiny całkowitej > 1,5 GGN), kreatynina, glukoza, dehydrogenaza mleczanowa (LDH), elektrolity (w tym stężenie sodu, potasu, wapnia), TSH i wolna T4. **4. Monitorowanie programu** 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na

3.2. Kryteria wyłączenia z leczenia niwolumabem lub pembrolizumabem lub z terapii skojarzonej niwolumabem z ipilimumabem lub terapii niwolumabem lub pembrolizumabem w uzupełniającym leczeniu czerniaka 1) Progresja choroby; 2) Nadwrażliwość na lek lub na substancję pomocniczą; 3) Wystąpienie epizodu ciężkiej toksyczność niezwiązanej z lekiem; 4) Brak możliwości zmniejszenia dawek kortykosterydów stosowanych z powodu leczenia działań niepożądanych do dawki ≤ 10 mg prednizonu na dobę lub dawki równoważnej w ciągu 12 tygodni; 5) Istotne pogorszenie jakości życia według oceny lekarza lub pacjenta; 6) Objawy toksyczności związane z leczeniem nie ulegają poprawie do stopnia 0-1 w ciągu 12 tygodni od podania ostatniej dawki pembrolizumabu lub niwolumabu; 7) Wystąpienie toksyczności zagrażającej życiu (w stopniu 4) z wyjątkiem endokrynopatii kontrolowanych suplementacją hormonalną; 8) Wystąpienie toksyczności pochodzenia immunologicznego takich jak: a) zapalenie płuc stopnia 3 lub 4 lub nawracające stopnia 2, b) zapalenie jelita grubego stopnia 4, c) zapalenie nerek stopnia 3 lub 4 ze stężeniami kreatyniny 3 razy powyżej GGN, d) zapalenie wątroby stopnia 3 lub 4 związane ze: i. wzrostem ALT lub AST 5 razy powyżej GGN lub stężenia bilirubiny całkowitej 3 razy powyżej GGN, ii. u pacjentów z przerzutami do wątroby, którzy rozpoczynają leczenie z umiarkowanym wzrostem (stopień 2) AST lub ALT jeżeli AST lub ALT rośnie 50% powyżej w stosunku do wartości wyjściowych i trwa 1 tydzień lub dłużej; 9) Wystąpienie po raz drugi epizodu toksyczności stopnia 3 lub 4;		żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) Uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

10) Kobiety w wieku rozrodczym, które nie chcą lub nie są w stanie stosować dopuszczalnej metody antykoncepcji w celu uniknięcia ciąży przez cały okres leczenia oraz przez 4 miesiące po jego zakończeniu; 11) Kobiety w ciąży lub karmiące piersią. **3.3. Kryteria wyłączenia z terapii dabrafenibem i trametynibem w uzupełniającym leczeniu czerniaka** 1) Kliniczna lub potwierdzona obrazowo wznowa choroby; 2) Toksyczność leczenia z wystąpieniem przynajmniej jednego niepożądanego działania będącego zagrożeniem życia według kryteriów CTC (Common Toxicity Criteria); 3) Utrzymująca się lub nawracająca nieakceptowalna toksyczność 3 i wyższych stopni według kryteriów CTC z wyjątkiem wtórnych nowotworów skóry; 4) Nadwrażliwość na leki lub na substancje pomocnicze; 5) Pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza lub pacjenta; 6) Rezygnacja pacjenta – wycofanie zgody na leczenie; 7) Ciąża lub wystąpienie innych stanów, które w opinii lekarza uniemożliwiają kontynuowanie leczenia. **3.4. Kryteria wyłączenia z terapii skojarzonej z zastosowaniem wemurafenibu oraz kobimetynibu albo terapii skojarzonej z zastosowaniem dabrafenibu oraz trametynibu albo terapii skojarzonej enkorafenibem z binimetynibem** 1) Kliniczna lub potwierdzona obrazowo progresja choroby; 2) Utrzymująca się lub nawracająca nieakceptowalna toksyczność powyżej 3 stopnia według kryteriów CTC (Common Toxicity Criteria) z wyjątkiem wtórnych nowotworów skóry; 3) Obniżenie sprawności do stopnia 2-4 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG;		

4) Pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza lub pacjenta; 5) Nadwrażliwość na leki lub na substancje pomocnicze; 6) Rezygnacja pacjenta - wycofanie zgody na leczenie. **4. Kryteria włączenia do programu pacjentów leczonych w ramach innego sposobu finansowania terapii** 1) Do programu włącza się pacjentów uprzednio leczonych ipilimumabem lub niwolumabem, lub pembrolizumabem, lub terapią skojarzoną niwolumabu z ipilimumabem, lub terapią niwolumabem lub pembrolizumabem w uzupełniającym leczeniu czerniaka, lub terapią skojarzoną z zastosowaniem wemurafenibu oraz kobimetynibu, lub terapią skojarzoną z zastosowaniem dabrafenibu oraz trametynibu, lub terapią dabrafenibem i trametynibem w uzupełniającym leczeniu czerniaka, lub terapią skojarzoną enkorafenibem z binimetynibem, w ramach innego sposobu finansowania terapii w celu zapewnienia kontynuacji terapii, o ile na dzień rozpoczęcia terapii spełnili stosowne kryteria kwalifikacji wskazane w punkcie 1. oraz nie spełniają przeciwskazań do leczenia oraz kryteriów wyłączenia wskazanych w punkcie 3, a łączny czas leczenia od rozpoczęcia terapii jest nie dłuższy niż wskazano w punkcie 2.		

Załącznik B.62.

LECZENIE PIERWOTNYCH NIEDOBORÓW ODPORNOŚCI (PNO) U PACJENTÓW DOROSŁYCH (ICD-10: D 80 w tym D 80.0, D 80.1, D 80.3, D 80.4, D 80.5, D 80.6, D 80.8, D 80.9; D81.9; D 82 w tym: D 82.0, D 82.1, D 82.3, D 82.8, D 82.9; D 83 w tym: D 83.0, D 83.1, D 83.8, D 83.9; D 89.9)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria włączenia do programu 1) rozpoznanie pierwotnego niedoboru odporności wymagającego (zgodnie z obowiązującymi kryteriami) terapii substytucyjnej z wykorzystaniem preparatów immunoglobulin (Ig), potwierdzone przez lekarza specjalistę immunologii klinicznej; 2) wykluczenie innych przyczyn zaburzeń odporności; 3) stężenie IgG poniżej dolnej granicy normy dla wieku (z wyjątkiem D80.3 i D80.6); 4) wiek ≥ 18 lat. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **2. Kryteria włączenia do programu pacjentów leczonych uprzednio w ramach programu lekowego lub w ramach jednorodnych grup pacjentów (JGP)** Do programu włączani są również pacjenci, którzy uprzednio byli leczeni przetoczeniami immunoglobulin w ramach innego programu lekowego lub w ramach JGP, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia terapii substytucyjnej z wykorzystaniem Ig spełniali kryteria włączenia do programu.	**1. Substancja czynna:** immunoglobulina ludzka normalna (Ig) lub immunoglobulina ludzka normalna w podaniu z rekombinowaną hialuronidazą ludzką (Ig+rHuPH20) **2. Sposób podania:** dożylnie (IVIg) lub podskórnie (SCIg, fSCIg) **3. Dawkowanie** Dawkowanie, sposób podania i wybór preparatu powinny być ustalone indywidualnie dla każdego pacjenta, w zależności od odpowiedzi na terapię, w aspekcie osiągnięcia odpowiednich parametrów laboratoryjnych oraz zadowalającego stanu klinicznego. **IVIg** (podanie dożylne) - dawka początkowa od 0,4 do 0,8 g/kg m.c. co 2-4 tygodnie, a następnie co najmniej 0,2 g/kg m.c. co 3-6 tygodni. **SCIg** (podanie podskórne) - dawka początkowa od 0,1 do 0,15 g/kg m.c. w ciągu jednego tygodnia, a następnie dawki	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) poziom IgG, IgA, IgM, IgE w surowicy krwi, ew. podklas IgG, w zależności od wskazań klinicznych; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) poziom glukozy w surowicy krwi; 4) oznaczenie w żylnej krwi obwodowej liczebności subpopulacji oraz ocena funkcji limfocytów, w zależności od wskazań klinicznych; 5) ocena funkcji wątroby: poziom aminotransferazy alaninowej (AlAT), aminotransferazy asparaginianowej (AspAT), fosfatazy alkalicznej (ALP) oraz gamma-glutamylotranspeptydazy (GGTP); 6) ocena funkcji nerek: ogólne badanie moczu, poziom kreatyniny w surowicy, ocena GFR; 7) poziom białka C-reaktywnego (CRP); 8) poziom dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 9) ocena wzrostu, masy ciała oraz ciśnienia tętniczego krwi;

Jeżeli nie można ocenić, czy w chwili rozpoczęcia terapii substytucyjnej pacjenci spełniali kryteria włączenia do programu, to leczenie można kontynuować w ramach programu lekowego, pod warunkiem, że przeprowadzone badania lub ocena kliniczna pozwolą na potwierdzenie, że chory spełnia kryteria włączenia do programu.

3. Określenie czasu leczenia w programie

1) terapia substytucyjna Ig pacjentów zakwalifikowanych do programu jest prowadzona do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia;
2) możliwa jest, wynosząca do 6 miesięcy przerwa dotycząca substytucji Ig, niewymagająca ponownej kwalifikacji pacjenta do udziału w programie lekowym. Decyzje odnośnie długości przerwy podejmuje specjalista immunologii klinicznej, na podstawie stanu klinicznego pacjenta oraz wybranych parametrów laboratoryjnych oznaczanych w trakcie monitorowania leczenia;
3) weryfikacja wskazań do dalszej terapii substytucyjnej za pomocą Ig u danego pacjenta jest przeprowadzana raz w roku przez lekarza specjalistę immunologii klinicznej.

4. Kryteria wyłączenia

1) wystąpienie powikłań, stanowiących bezwzględne przeciwskazanie do substytucyjnego leczenia Ig, stwierdzone przez lekarza specjalistę immunologii klinicznej

lub

podtrzymujące w regularnych odstępach czasu tak, aby osiągnąć skumulowaną miesięczną dawkę rzędu co najmniej 0,2 g/kg m.c.

SCIg+rHuPH20 (podanie podskórne) – dawka początkowa 0,4 - 0,8 g/kg m.c./miesiąc w odstępach od 1 -do 6 tygodni, a następnie dawki podtrzymujące w regularnych odstępach czasu tak, aby osiągnąć skumulowaną miesięczną dawkę rzędu co najmniej 0,2 g/kg m.c.; zaleca się aby na początku leczenia odstęp między dawkami stopniowo wydłużać od podawania dawki co tydzień do podawania dawki co 3 lub 4 tygodnie; skumulowaną dawkę miesięczną Ig 10% należy podzielić na 1. tydzień, 2. tydzień itd., zgodnie z planowanymi odstępami miedzy infuzjami produktu leczniczego.

Dawkowanie powinno prowadzić do osiągnięcia poziomu IgG w wysokości co najmniej 5,0 g/l (mierzonego w surowicy przed kolejnym podaniem - w przypadku IVIg i fSCIg lub podczas wizyt kontrolnych - w przypadku SCIg i fSCIg).

Podanie podskórne może mieć miejsce w warunkach domowych. W takiej sytuacji musi zostać rozpoczęte w warunkach szpitalnych, według następującego schematu:

1) pacjent odbywa minimum dwie wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku; przed każdą wizytą określany jest poziom IgG,
2) wizyty mają na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania SCIg lub fSCIg -samodzielnego lub przez opiekuna prawnego,
3) pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie sposobu używania sprzętu do

10) USG, RTG, TK lub MRI: klatki piersiowej, zatok obocznych nosa lub czołowych, jamy brzusznej (rodzaj badania zależy od wskazań klinicznych);
11) badania wirusologiczne: HBs-antygen oraz diagnostyka HCV i HIV metodą PCR;
12) badanie wirusologiczne EBV metodą PCR w zależności od wskazania klinicznego.

W przypadku pacjentów nowo zakwalifikowanych do programu lekowego, lecz otrzymujących uprzednio terapię substytucyjną Ig, należy przeprowadzić badania diagnostyczne zgodnie z harmonogramem monitorowania w trakcie programu lekowego.

2. Monitorowanie leczenia

1) poziom IgG (ew. podklas IgG, w zależności od wskazań klinicznych) w surowicy krwi, mierzony przed kolejnym podaniem IV Ig lub wizytą kontrolną lub wydaniem kolejnej dawki preparatu (w przypadku SCIg), co 1-6 miesięcy oraz po przerwie w terapii substytucyjnej;
2) liczebność subpopulacji limfocytów w żylnej krwi obwodowej - w zależności od wskazań klinicznych;
3) morfologia krwi z rozmazem, co 3-6 miesięcy;
4) poziom glukozy we krwi, co 3-6 miesięcy;
5) ocena funkcji wątroby: poziomy AlAT, AspAT, ALP oraz GGTP, co 3-6 miesięcy;
6) ocena funkcji nerek: ogólne badanie moczu, poziom kreatyniny, GFR, co 3-6 miesięcy;
7) poziom CRP, co 3-6 miesięcy;
8) poziom LDH, co 3-6 miesięcy;
9) masa ciała na każdej wizycie;

2) negatywna weryfikacja wskazań do dalszej terapii substytucyjnej za pomocą Ig u danego pacjenta przez lekarza specjalistę immunologii klinicznej lub 3) brak zgody pacjenta lub jego opiekuna prawnego na kontynuację udziału w programie lekowym.	podawania leku, techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia, 4) pacjent otrzymuje preparaty SCIg lub fSCIg (wraz z niezbędnym sprzętem medycznym umożliwiającym podanie preparatu i środkami zabezpieczającymi jałowość procedury) w ośrodku prowadzącym terapię PNO danego pacjenta, 5) preparat do podawania podskórnego może być wydany dla celów terapii domowej na okres substytucji nie przekraczający 3 miesięcy.	10) ciśnienie krwi na każdej wizycie; 11) USG, RTG, TK lub MRI: klatki piersiowej, zatok obocznych nosa lub czołowych, jamy brzusznej (rodzaj badania i częstość wykonywania zależą od wskazań klinicznych); 12) badania wirusologiczne: HBs-antygen oraz diagnostyka HCV lub HIV metodą PCR, w zależności od wskazań klinicznych do decyzji lekarza prowadzącego; 13) badanie wirusologiczne EBV metoda PCR w zależności od wskazania klinicznego. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.64.

LECZENIE HORMONEM WZROSTU NISKOROSŁYCH DZIECI URODZONYCH JAKO ZBYT MAŁE W PORÓWNANIU DO CZASU TRWANIA CIĄŻY (SGA lub IUGR) (ICD-10 R 62.9)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Do programu kwalifikuje Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) urodzeniowa masa lub długość ciała poniżej −2 SD dla wieku ciążowego i płci dziecka wg. norm populacyjnych; 2) wiek > 4 lat; 3) niskorosłość, tj. wysokość ciała poniżej 3 centyla dla płci i wieku, na siatkach centylowych dla populacji dzieci polskich; 4) upośledzone tempo wzrastania, tj. poniżej −1 SD w odniesieniu do tempa wzrastania populacji dzieci polskich (wymagany jest co najmniej 6-miesięczny okres obserwacji); 5) wiek kostny poniżej 14 lat dla dziewczynki i poniżej 16 lat dla chłopca, oceniany metodą Greulich'a-Pyle; 6) wykluczenie innych, aniżeli SGA lub IUGR, przyczyn niskorosłości; 7) stężenie hormonu wzrostu ≥ 10 nq/ml stwierdzone na podstawie 2 spośród 4 testów stymulacji sekrecji tego hormonu lub na podstawie testu nocnego wyrzutu hormonu wzrostu (co najmniej 5 pomiarów stężeń hormonu wzrostu); 8) brak przeciwskazań do terapii hormonem wzrostu stwierdzonych na podstawie wyników TK z kontrastem lub MRI okolicy podwzgórzowo- przysadkowej. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.	**1. Dawkowanie** Somatotropina podawana codziennie wieczorem w dawce: 0,48–1,29 IU/kg/tydz. (0,16–0,43 mg/kg/tydz.), optymalnie ok. 0,75 IU/kg/tydz. (0,25 mg/kg/tydz.).	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) pomiar stężenia IGF-1; 2) pomiar stężenia IGFBP3; 3) ocena rozwoju somatycznego, w tym pomiary wysokości i masy ciała oraz obwodu głowy i klatki piersiowej; 4) pomiar stężenia glukozy we krwi i odsetka glikowanej hemoglobiny (HbA_{1C}); 5) test obciążenia glukozą, z oceną glikemii i insulinemii; 6) pomiar stężeń triglicerydów; 7) pomiar stężeń całkowitego cholesterolu; 8) pomiar frakcji HDL cholesterolu; 9) pomiar frakcji LDL cholesterolu; 10) pomiar ciśnienia tętniczego krwi; 11) badanie dna oka; 12) pomiar stężenia TSH; 13) pomiar stężenia fT_4; 14) pomiar stężenia fT_3; 15) RTG śródręcza ręki dominującej, z przynasadami kości przedramienia, do oceny wieku kostnego, 16) jonogram surowicy krwi (co najmniej pomiar stężenia Na i Ca); 17) morfologia krwi z rozmazem; 18) u świadczeniobiorców powyżej 7 roku życia

2. Określenie czasu leczenia w programie

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

2.1 W przypadku wystąpienia któregokolwiek z poniższych kryteriów, po uzyskaniu zgody Zespołu Koordynacyjnego ds. Stosowania Hormonu Wzrostu, należy wstrzymać podawanie hormonu wzrostu:

1) objawy pseudo-tumor cerebri;
2) podejrzenie złuszczenia głowy kości udowej;
3) podwyższone stężenie IGF-1 w odniesieniu do wieku i płci.

O wznowieniu leczenia decyduje Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu na podstawie wykonanych badań.

3. Kryteria wyłączenia

1) złuszczenie głowy kości udowej;
2) pseudo-tumor cerebri;
3) cukrzyca;
4) ujawnienie lub wznowa choroby rozrostowej;
5) brak zgody świadczeniobiorcy na kontynuację leczenia lub brak współpracy świadczeniobiorcy;
6) niezadowalający efekt leczenia definiowany jako przyrost wysokości ciała świadczeniobiorcy leczonego hormonem wzrostu poniżej 2 cm/rok;
7) osiągnięcie wieku kostnego powyżej 14 lat przez dziewczynkę i powyżej 16 lat przez chłopca;
8) znacznie nasilone zaburzenia proporcji budowy ciała;
9) duże wrodzone wady rozwojowe, upośledzające podstawowe funkcje życiowe;
10) aberracje chromosomowe związane ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia chorób rozrostowych;
11) podwyższone stężenie IGF-1 w odniesieniu do wieku i płci

konsultacja psychologa z oceną rozwoju intelektualnego;

19) u świadczeniobiorców poniżej 7 roku życia konsultacja psychologa z oceną rozwoju psychoruchowego;
20) 2 testy spośród 4 testów stymulujących sekrecję hormonu wzrostu:
    a) test z insuliną,
    b) test z klonidyną,
    c) test z glukagonem,
    d) test z levodopą;
21) obrazowanie okolicy podwzgórzowo-przysadkowej (TK z kontrastem lub MRI);
22) w uzasadnionych przypadkach (cechy dysmorfii lub wrodzone wady rozwojowe) konsultacja genetyczna, poszerzona o kariotyp lub badanie molekularne;
23) USG jamy brzusznej;
24) USG serca;
25) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb.

2. Monitorowanie leczenia

2.1 Po 90 dniach jednorazowo od rozpoczęcia terapii

1) pomiar stężenia IGF-1;
2) pomiar stężenia IGFBP3;
3) ocena rozwoju somatycznego, w tym pomiary wysokości i masy ciała oraz obwodu głowy i klatki piersiowej;
4) pomiar ciśnienia tętniczego krwi.

2.2 Co 180 dni

1) pomiar glikemii na czczo;

stwierdzone przez okres 3 miesięcy po wstrzymaniu terapii hormonem wzrostu.		2) określenie odsetka glikowanej hemoglobiny HBA1c; 3) pomiar stężenia IGF-1 (w przypadku stwierdzenia podwyższonego stężenia badanie wykonywane co 90 dni); 4) pomiar stężenia TSH; 5) pomiar stężenia fT_4; 6) pomiar stężenia fT_3; 7) jonogram surowicy krwi (co najmniej pomiar stężenia Na i Ca); 8) ocena rozwoju somatycznego, w tym pomiary wysokości i masy ciała, oraz obwodu głowy i klatki piersiowej; 9) pomiar ciśnienia tętniczego krwi; 10) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb. **2.3 Co 365 dni** 1) test obciążenia glukozą, z oceną glikemii i insulinemii; 2) pomiar stężenia IGFBP3; 3) pomiar stężenia triglicerydów; 4) pomiar stężenia całkowitego cholesterolu; 5) pomiar frakcji LDL cholesterolu; 6) pomiar frakcji HDL cholesterolu; 7) w przypadku podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi: a) badanie dna oka, b) 24-godzinny pomiar ciśnienia tętniczego metodą Holtera; 8) RTG śródręcza, ręki dominującej, z przynasadami kości przedramienia, do oceny wieku kostnego; 9) morfologia krwi z rozmazem;

		10) u świadczeniobiorców poniżej 7 roku życia konsultacja psychologa z oceną rozwoju psychoruchowego; 11) u świadczeniobiorców powyżej 7 roku życia konsultacja psychologa z oceną rozwoju intelektualnego; 12) w przypadku podejrzenia złuszczenia głowy kości udowej: a) USG lub RTG stawów biodrowych, b) TK lub MRI stawów biodrowych, c) konsultacja ortopedyczna; 13) w zależności od potrzeb: a) USG jamy brzusznej, b) USG klatki piersiowej, c) konsultacja ortopedyczna, d) konsultacja okulistyczna, e) konsultacja neurologiczna, f) konsultacja hemato-onkologa, g) konsultacja genetyczna, h) konsultacja psychologiczna, i) TK, j) MRI, k) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb. **2.4 W przypadku wstrzymania leczenia hormonem wzrostu:** 1) w przypadku wystąpienia objawów pseudo-tumor cerebri: a) konsultacja okulistyczna, b) konsultacja neurologiczna, c) jonogram surowicy krwi, d) obrazowanie ośrodkowego układu

		nerwowego TK z kontrastem lub MRI; 2) w przypadku podwyższonego stężenia IGF-1: a) pomiar stężenia IGF-1 co 90 dni; 3) w przypadku podejrzenia złuszczenia głowy kości udowej: a) USG lub RTG stawów biodrowych, b) TK lub MRI stawów biodrowych, c) konsultacja ortopedyczna. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.65.

LECZENIE CHORYCH NA OSTRĄ BIAŁACZKĘ LIMFOBLASTYCZNĄ (ICD-10 C91.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
I. DAZATYNIB		
1. Kryteria kwalifikacji do leczenia dazatynibem ostrej białaczki limfoblastycznej z obecnością chromosomu Filadelfia (Ph+) u dorosłych **1.1.** Do leczenia kwalifikowani są pacjenci ze zdiagnozowaną ostrą białaczką limfoblastyczną z udokumentowaną obecnością genu BCR-ABL lub chromosomu Filadelfia (Ph+) w wieku 18 lat i powyżej, u których: 1) nie uzyskano całkowitej remisji hematologicznej po leczeniu indukującym remisję lub większej odpowiedzi molekularnej po leczeniu konsolidującym remisję, jeżeli protokół leczenia nie obejmował dazatynibu lub 2) uzyskano remisję całkowitą lub odpowiedź molekularną w wyniku leczenia obejmującego stosowanie dazatynibu i prowadzone jest leczenie podtrzymujące lub 3) wystąpiła hematologiczna remisja całkowita i w badaniu molekularnym lub immunofenotypowym stwierdzono nawrót lub narastanie minimalnej choroby resztkowej, jeżeli protokół leczenia nie obejmował dazatynibu lub 4) wykonano przeszczepienie komórek krwiotwórczych i przed przeszczepieniem nie uzyskano całkowitej odpowiedzi molekularnej	**1. Dawkowanie** Dazatynib należy podawać w dawce 140 mg na dobę doustnie, do indywidualnej decyzji pozostawia się możliwość modyfikowania dawkowania leku w oparciu o Charakterystykę Produktu Leczniczego.	**1. Badania** **1.1. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) AspAT, AlAT,; 3) bilirubina; 4) badanie cytologiczne szpiku; 5) badanie molekularne PCR metodą jakościową lub ilościową na obecność BCR-ABL we krwi lub szpiku lub badanie cytogenetyczne. **1.2. Monitorowanie leczenia** Co 2 tygodnie przez pierwszy miesiąc leczenia, następnie co 4 tygodnie: 1) morfologia krwi; 2) AspAT, AlAT,; 3) bilirubina; Co 4 tygodnie przez pierwsze dwa miesiące leczenia, następnie co 8-12 tygodni: 1) badanie cytologiczne szpiku;

lub 5) wystąpiła wznowa hematologiczna choroby, jeżeli protokół leczenia nie obejmował dazatynibu lub 6) wystąpiły objawy nietolerancji imatynibu w trakcie wcześniejszej terapii w stopniu uniemożliwiającym dalsze jego stosowanie lub 7) stwierdzono pierwotne zajęcie ośrodkowego układu nerwowego (OUN). Do programu włączani są również pacjenci ze zdiagnozowaną ostrą białaczką limfoblastyczną z udokumentowaną obecnością genu BCR-ABL lub chromosomu Filadelfia (Ph+), którzy uprzednio byli leczeni dazatynibem w ramach chemioterapii niestandardowej oraz nowo zdiagnozowani pacjenci, którzy rozpoczęli terapię w okresie od 1 stycznia 2015 r. do 31 marca 2015 r. i rozpoczynając leczenie spełniali kryteria kwalifikacji do programu. **1.2. Określenie czasu leczenia w programie** 1) u chorych niepoddanych transplantacji komórek krwiotwórczych leczenie dazatynibem należy kontynuować do czasu progresji choroby; 2) u chorych poddanych transplantacji komórek krwiotwórczych leczenie dazatynibem należy kontynuować do czasu uzyskania całkowitej odpowiedzi molekularnej, a następnie rozważyć kontynuowanie leczenia przez kolejne dwa lata lub do czasu progresji choroby. **1.3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) wystąpienie objawów nietolerancji dazatynibu; 2) progresja choroby w trakcie leczenia dazatynibem.		2) badanie molekularne PCR metodą ilościową na obecność BCR-ABL we krwi lub szpiku lub badanie cytogenetyczne.

II. PONATYNIB		
2. Leczenie ponatynibem chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną z chromosomem Philadelphia (Ph+) (ICD - 10 91.0) **2.1. Kryteria kwalifikacji do leczenia ponatynibem ostrej białaczki limfoblastycznej z obecnością chromosomu Filadelfia (Ph+) u dorosłych** Do leczenia kwalifikowani są pacjenci z rozpoznaniem ostrej białaczki limfoblastycznej z udokumentowaną obecnością genu BCR-ABL lub chromosomu Filadelfia (Ph+) w wieku 18 lat i powyżej, u których: 1) nie uzyskano całkowitej remisji hematologicznej po leczeniu indukującym remisję lub remisji cytogenetycznej po leczeniu konsolidującym remisję lub stwierdzono utrzymywanie się dodatniej minimalnej choroby resztkowej w badaniu molekularnym po leczeniu konsolidującym remisję, pomimo stosowania dazatynibu lub 2) wystąpiła wznowa hematologiczna lub progresja molekularna pomimo stosowania dazatynibu lub 3) na dowolnym etapie leczenia stwierdzono nietolerancję dazatynibu uniemożliwiającą jego dalsze stosowanie lub 4) na dowolnym etapie leczenia stwierdzono wystąpienie mutacji T315I genu BCR-ABL Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni ponatynibem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2.2. Określenie czasu leczenia w programie**	**2. Dawkowanie** Ponatynib należy stosować w dawce 45 mg na dobę doustnie. Do indywidualnej decyzji pozostawia się możliwość redukcji dawkowania leku w oparciu o Charakterystykę Produktu Leczniczego**.**	**2. Badania** **2.1. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi z rozmazem, 2) AspAT, AlAT, 3) bilirubina, 4) lipaza, 5) lipidogram (cholesterol całkowity, trójglicerydy, HDL, LDL) 6) badanie cytologiczne szpiku, 7) badanie molekularne PCR metodą jakościową lub ilościową na obecność BCR-ABL we krwi lub szpiku lub badanie cytogenetyczne; **2.2. Monitorowanie leczenia** Co 2 tygodnie przez pierwszy miesiąc leczenia, następnie co 4 tygodnie: 1) morfologia krwi, 2) AspAT, AlAT, 3) bilirubina, 4) lipaza, 5) trójglicerydy, cholesterol całkowity, cholesterol-HDL i –LDL - tylko u chorych z wyjściowo nieprawidłowym wynikiem Co 4 tygodnie przez pierwsze dwa miesiące leczenia, następnie co 8-12 tygodni: 1) badanie cytologiczne szpiku,

1) u wszystkich chorych leczonych ponatynibem należy dążyć do wykonania możliwie szybko transplantacji allogenicznych macierzystych komórek krwiotwórczych od dawcy rodzinnego lub niespokrewnionego; leczenie ponatynibem należy zakończyć przed transplantacją, 2) w przypadku braku dawcy lub przeciwwskazań do transplantacji allogenicznych macierzystych komórek krwiotwórczych leczenie należy kontynuować do czasu progresji choroby. **2.3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) u chorych włączonych z powodu oporności na dazatynib lub nawrotu hematologicznego – brak całkowitej remisji po 3 miesiącach leczenia ponatynibem, 2) wystąpienie objawów nietolerancji ponatynibu zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, 3) progresja choroby w trakcie leczenia ponatynibem.		2) badanie molekularne PCR metodą ilościową na obecność BCR-ABL we krwi lub szpiku lub badanie cytogenetyczne.
III. BLINATUMOMAB – MINIMALNA CHOROBA RESZTKOWA (MRD)		
3. Kryteria kwalifikacji do leczenia blinatumomabem pacjentów z chorobą resztkową w ostrej białaczce limfoblastycznej z komórek prekursorowych limfocytów B bez chromosomu Philadelphia **3.1.** Do leczenia kwalifikowani są dorośli chorzy na ostrą białaczkę limfoblastyczną z komórek prekursorowych limfocytów B bez obecności genu *BCR-ABL* lub chromosomu Philadelphia i z ekspresją antygenu CD19, w pierwszej lub drugiej całkowitej remisji ze stwierdzoną minimalną chorobą resztkową większą lub równą 0,1%, w badaniu próbki z biopsji szpiku kostnego metodą cytometrii przepływowej lub reakcji łańcuchowej polimerazy o czułości co najmniej 10^{-4} Kryteria kwalifikacji, które muszą być spełnione łącznie: 1) ukończony 18 rok życia;	**3. Dawkowanie** Dawkowanie i podawanie leku należy prowadzić zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego aktualną na dzień wydania decyzji.	**3. Badania** **3.1. Badania przy kwalifikacji** 1) Ocena minimalnej choroby resztkowej w badaniu próbki z biopsji szpiku kostnego metodą cytometrii przepływowej lub reakcji łańcuchowej polimerazy o czułości co najmniej 10^{-4}; 2) Wykluczenie zajęcia OUN na podstawie badania ogólnego i mikroskopowego płynu mózgowo-rdzeniowego lub badań obrazowych OUN w momencie kwalifikacji do programu.

2) obecność limfoblastów z ekspresją CD19 przy rozpoznaniu; 3) brak uprzedniej transplantacji allogenicznych komórek krwiotwórczych; 4) zastosowane co najmniej 3 schematy standardowego leczenia ostrej białaczki limfoblastycznej (przez schemat rozumie się 1-szy, 2-gi cykl leczenia indukującego, 1-szy, 2-gi, 3-ci cykl leczenia konsolidującego oraz cykle reindukujące według obowiązującego protokołu leczenia PALG); 5) całkowita remisja (zdefiniowana jako obecność < 5% komórek blastycznych w szpiku kostnym, bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych ≥ 1000/mikrolitr, płytki krwi ≥ 50 000/mikrolitr i stężenie hemoglobiny ≥ 9 g/dl); 6) obecność minimalnej choroby resztkowej lub jej nawrót (definiowane jako MRD ≥ 10^{-3}). Do programu są kwalifikowani wyłącznie chorzy bez cech aktywnej choroby ośrodkowego układu nerwowego (OUN) w momencie kwalifikacji do program i u których nie ma przeciwwskazań do wykonania transplantacji allogenicznych komórek krwiotwórczych w przypadku identyfikacji dawcy. **3.2. Określenie czasu leczenia w programie** U chorych stosuje się jeden cykl leczenia Czasowe przerwanie leczenia następuje w przypadkach określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Jeśli po wystąpieniu zdarzenia niepożądanego leczenie przerwano na czas nieprzekraczający 7 dni, należy wznowić ten sam cykl leczenia tak, aby ukończyć podawanie infuzji w ciągu 28 dni łącznie, wliczając w to dni przed przerwaniem i po przerwaniu cyklu. Jeśli przerwa spowodowana zdarzeniem niepożądanym trwała dłużej niż 7 dni, należy rozpocząć nowy cykl. Jeśli objawy toksyczności nie ustąpią w ciągu 14 dni, należy definitywnie zakończyć podawanie produktu. **3.3. Kryteria wyłączenia z programu** Wystąpienie objawów nietolerancji blinatumomabu, wskazanych w		**3.2. Monitorowanie leczenia blinatumomabem** Leczenie będzie prowadzone w warunkach szpitalnych. Po cyklu leczenia: 1) Morfologia krwi; 2) Ocena minimalnej choroby resztkowej w badaniu próbki z biopsji szpiku kostnego metodą cytometrii przepływowej lub reakcji łańcuchowej polimerazy o czułości co najmniej 10^{-4}.

Charakterystyce Produktu Leczniczego, wiążących się z przerwą w leczeniu dłuższą niż 14 dni		
IV. BLINATUMOMAB		
4. Leczenie blinatumomabem ostrej białaczki limfoblastycznej z komórek prekursorowych limfocytów B bez chromosomu Filadelfia u dorosłych **4.1. Kryteria kwalifikacji do leczenia** Do leczenia kwalifikowani są dorośli (≥ 18 lat) chorzy na ostrą białaczkę limfoblastyczną z komórek prekursorowych limfocytów B bez obecności genu *BCR-ABL* lub chromosomu Philadelphia, u których spełniony jest przynajmniej jeden z warunków: 1) Brak remisji hematologicznej po leczeniu indukującym remisję Brak remisji hematologicznej jest definiowany jako spełnienie co najmniej jednego z poniższych warunków: a) odsetek komórek blastycznych w szpiku ≥5%, b) obecność komórek blastycznych we krwi, wykrywanych metodą cytologiczną, c) obecność pozaszpikowych ognisk choroby. 2) Wznowa hematologiczna choroby definiowana jest jako wystąpienie co najmniej jednego z poniższych warunków: a) odsetek komórek blastycznych w szpiku ≥5%, b) obecność komórek blastycznych we krwi, wykrywanych metodą cytologiczną, c) obecność pozaszpikowych ognisk choroby, po okresie remisji tj. stanu, w którym żaden z powyższych warunków nie był spełniony, 3) Zakwalifikowanie wcześniej do leczenia w ramach niniejszego programu lekowego i wyłączenie czasowo z leczenia ze względu na wystąpienie	**4. Dawkowanie** Dawkowanie i podawanie leku należy prowadzić zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego aktualną na dzień wydania decyzji.	**4. Badania** **4.1. Badania przy kwalifikacji** 1) Odsetek limfoblastów z ekspresją CD19 w szpiku i/albo we krwi, oceniany badaniem immunofenotypowym metodą cytometrii przepływowej 2) Potwierdzenie obecności komórek białaczkowych w materiale tkankowym innym niż szpik lub krew, w badaniu histopatologicznym lub cytomorfologicznym lub immunofenotypowym, jeżeli nie stwierdza się zajęcia szpiku ani obecności komórek białaczkowych we krwi, 3) Potwierdzenie pozaszpikowych ognisk choroby w badaniach obrazowych, jeżeli nie stwierdza się zajęcia szpiku ani obecności komórek białaczkowych we krwi, 4) Wykluczenie zajęcia OUN na podstawie badania ogólnego płynu mózgowo-rdzeniowego lub badań obrazowych OUN. **4.2. Monitorowanie leczenia blinatumomabem** Leczenie będzie prowadzone w warunkach szpitalnych. Po pierwszym i drugim cyklu leczenia:

objawów nietolerancji, zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego, (przerwa w leczeniu trwająca więcej niż 7, ale nie dłuższa niż 14 dni). W przypadku tych pacjentów badania do kwalifikacji powinny zostać wykonane zgodnie z decyzją lekarza prowadzącego. Do programu są kwalifikowani wyłącznie chorzy bez cech zajęcia ośrodkowego układu nerwowego (OUN) i u których nie ma przeciwwskazań do wykonania transplantacji allogenicznych komórek krwiotwórczych w przypadku identyfikacji dawcy i uzyskania całkowitej remisji hematologicznej po leczeniu blinatumomabem. **4.2. Określenie czasu leczenia w programie** 1) U chorych można zastosować maksymalnie dwa cykle leczenia 2) W momencie kwalifikacji do leczenia blinatumomabem, o ile nie było to wykonane wcześniej, należy zlecić badania zmierzające do identyfikacji potencjalnego dawcy komórek krwiotwórczych (zgodnego w zakresie HLA rodzeństwa, dawcy niespokrewnionego lub dawcy haploidentycznego). Celem jest wykonanie allogenicznej transplantacji komórek krwiotwórczych po jednym lub dwóch cyklach leczenia blinatumomabem u chorych, którzy uzyskają całkowitą remisję hematologiczną. Całkowita remisja hematologiczna jest definiowana jako spełnienie wszystkich poniższych warunków: a) odsetek komórek blastycznych w szpiku <5%, b) brak komórek blastycznych we krwi, wykrywanych metodą cytologiczną, c) brak pozaszpikowych ognisk choroby. (UWAGA: przy definiowaniu całkowitej remisji w programie nie bierze się pod uwagę normalizacji parametrów morfologii krwi, nie wpływa to bowiem na kwalifikację chorego do allogenicznej transplantacji komórek krwiotwórczych). Czasowe przerwanie leczenia następuje w przypadkach określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego.		1) Morfologia krwi, 2) Odsetek limfoblastów z ekspresją CD19 w szpiku i/albo we krwi oceniany badaniem immunofenotypowym metodą cytometrii przepływowej, 3) Ocena obecności komórek białaczkowych w materiale tkankowym innym niż szpik lub krew, w badaniu histopatologicznym lub cytomorfologicznym lub immunofenotypowym, jeżeli nie stwierdza się zajęcia szpiku ani obecności komórek białaczkowych we krwi, 4) Ocena pozaszpikowych ognisk choroby w badaniach obrazowych, jeżeli nie stwierdza się zajęcia szpiku ani obecności komórek białaczkowych we krwi.

4.3. Kryteria wyłączenia z programu 1) Wystąpienie objawów nietolerancji blinatumomabu, wskazanych w Charakterystyce Produktu Leczniczego, wiążących się z przerwą w leczeniu dłuższą niż 7 dni; 2) Brak remisji hematologicznej po pierwszym cyklu leczenia blinatumomabem. Brak remisji hematologicznej jest definiowany jako spełnienie co najmniej jednego z poniższych warunków: a) odsetek komórek blastycznych w szpiku ≥5%, b) obecność komórek blastycznych we krwi, wykrywanych metodą cytologiczną, c) obecność pozaszpikowych ognisk choroby. 3) Karmienie piersią.		
V. INOTUZUMAB OZOGAMYCYNY		
5. Kryteria kwalifikacji do leczenia inotuzumabem ozogamycyny ostrej białaczki limfoblastycznej z komórek prekursorowych limfocytów B z lub bez chromosomu Filadelfia (Ph) u dorosłych **5.1.** Do leczenia kwalifikowani są dorośli (≥ 18 lat) chorzy na ostrą białaczkę limfoblastyczną z komórek prekursorowych limfocytów B, z ekspresją antygenu CD22 >1%, w stanie sprawności 0-2 wg ECOG: 1) bez chromosomu Filadelfia (Ph-), u których spełniony jest przynajmniej jeden z warunków: a) brak całkowitej remisji hematologicznej po leczeniu indukującym remisję, b) wznowa hematologiczna choroby; 2) z chromosomem Filadelfia (Ph+), u których spełniony jest przynajmniej jeden z warunków:	**5. Dawkowanie** Zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego aktualną na dzień wydania decyzji.	**5. Badania** **5.1.** Badania przy kwalifikacji 1) Morfologia krwi z rozmazem; 2) AspAT, AlAT; 3) Bilirubina; 4) Kreatynina; 5) APTT, PT, fibrynogen; 6) Badanie cytologiczne szpiku kostnego; 7) Badanie immunofenotypowe szpiku lub krwi metodą cytometrii przepływowej w tym ocena ekspresji CD22; 8) Badanie histopatologiczne lub cytomorfologiczne lub immunofenotypowe

a) brak całkowitej remisji hematologicznej po leczeniu przynajmniej dwoma inhibitorami kinazy tyrozynowej BCR/ABL, w tym przynajmniej jednym inhibitorem II lub III generacji, b) wznowa hematologiczna choroby po leczeniu przynajmniej dwoma inhibitorami kinazy tyrozynowej BCR/ABL, w tym przynajmniej jednym inhibitorem II lub III generacji. **5.2.** Określenie czasu leczenia w programie 1) U chorych, u których planowane jest leczenie za pomocą transplantacji allogenicznych komórek krwiotwórczych można zastosować maksymalnie trzy cykle leczenia. 2) U chorych, u których nie jest planowane leczenie za pomocą transplantacji allogenicznych komórek krwiotwórczych można zastosować maksymalnie sześć cykli leczenia. **5.3.** Kryteria wyłączenia z programu 1) Wystąpienie objawów nietolerancji inotuzumabu ozogamycyny 2) Karmienie piersią 3) Progresja w trakcie leczenia inotuzumabem ozogamycyny 4) Brak remisji całkowitej (CR) lub remisji całkowitej z niepełną regeneracją hematopoezy (CRi) po 3 cyklach leczenia		materiału tkankowego innego niż szpik lub krew, jeżeli stwierdza się pozaszpikowe nacieki białaczkowe, a nie stwierdza się zajęcia szpiku lub obecności komórek białaczkowych w krwi. **5.2.** Monitorowanie leczenia inotuzumabem ozogamycyny **A.** W czasie pierwszego cyklu leczenia co najmniej raz w tygodniu: 1) Morfologia krwi 2) AspAT, AlAT 3) Bilirubina **B.** Przed rozpoczęciem drugiego i kolejnych cykli leczenia, a następnie co najmniej raz w tygodniu w czasie drugiego i kolejnych cykli leczenia: 1) Morfologia krwi 2) AspAT, AlAT 3) Bilirubina **C.** Po każdym cyklu leczenia: 1) Badanie cytologiczne szpiku kostnego 2) Badania obrazowe pozaszpikowych lokalizacji nacieków białaczkowych, jeżeli przy kwalifikacji do leczenia inotuzumabem ozogamycyny stwierdzono pozaszpikowe nacieki i były one widoczne w badaniach obrazowych.

VI. BLINATUMOMAB (DZIECI)

6. Kryteria kwalifikacji do leczenia blinatumomabem ostrej białaczki limfoblastycznej z komórek prekursorowych limfocytów B bez chromosomu Philadelphia u dzieci

6.1. Do leczenia kwalifikowane są dzieci (≥ 1 r.ż.) z ostrą białaczką limfoblastyczną z komórek prekursorowych limfocytów B bez obecności genu *BCR-ABL* lub chromosomu Philadelphia i z ekspresją antygenu CD19, u których spełniony jest przynajmniej jeden z warunków:

1) brak remisji hematologicznej po leczeniu indukującym remisję, niezależnie od linii leczenia definiowany jako spełnienie co najmniej jednego z poniższych warunków:
   a) odsetek komórek blastycznych w szpiku ≥5%,
   b) obecność pozaszpikowych ognisk choroby;
2) Wystąpienie wznowy hematologicznej choroby po wcześniejszym zastosowaniu co najmniej dwóch schematów leczenia
3) Wystąpienie wznowy hematologicznej po wcześniejszej allogenicznej transplantacji komórek krwiotwórczych
4) Wcześniejsza kwalifikacja do leczenia w ramach niniejszego programu lekowego i wyłączenie czasowo z leczenia ze względu na wystąpienie objawów nietolerancji, zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego, (przerwa w leczeniu trwająca więcej niż 7, ale nie dłuższa niż 14 dni). W przypadku tych pacjentów badania do kwalifikacji powinny zostać wykonane zgodnie z decyzją lekarza prowadzącego.

Do programu kwalifikowane są również niemowlęta i dzieci do 1. roku życia z wrodzoną ostrą białaczką limfoblastyczną, w przypadku wznowy lub braku molekularnej remisji choroby.

Do programu są kwalifikowani wyłącznie chorzy bez cech aktywnej choroby ośrodkowego układu nerwowego (OUN) w momencie kwalifikacji do program i u których nie ma przeciwwskazań do wykonania allogenicznej transplantacji

6. Dawkowanie

Masa ciała pacjenta większa lub równa 45 kg (stała dawka):

1 cykl:

dni 1-7: 9 mikrogramów/ dobę w ciągłej infuzji,

dni 8-28: 28 mikrogramów/ dobę w ciągłej infuzji,

dni 29-42: 14 dniowa przerwa w leczeniu

2 cykl:

dni 1-28: 28 mikrogramów/ dobę w ciągłej infuzji

Masa ciała pacjenta poniżej 45 kg (dawka oparta na pc.):

1 cykl:

dni 1-7: 5 mikrogramów/ m2 pc./dobę w ciągłej infuzji (nie przekraczać 9 mikrogramów/ dobę),

dni 8-28: 15 mikrogramów/ m2 pc./dobę w ciągłej infuzji (nie przekraczać 28 mikrogramów/ dobę),

dni 29-42: 14 dniowa przerwa w leczeniu

2 cykl:

dni 1-28: 15 mikrogramów/ m2 pc./dobę w ciągłej infuzji (nie przekraczać 28 mikrogramów/ dobę)

W przypadku pacjentów poniżej 1. roku życia dawkowanie i podawanie leku zgodnie ze schematem określonym w ChPL w leczeniu dzieci i młodzieży od 1. roku życia aktualną na dzień

6. Badania:

6.1. Badania przy kwalifikacji

1) Odsetek limfoblastów z ekspresją CD19 w szpiku i/albo we krwi, oceniany badaniem immunofenotypowym metodą cytometrii przepływowej. W przypadku dzieci poniżej 1. roku życia ocena minimalnej choroby w badaniu próbki z biopsji szpiku kostnego metodą cytometrii przepływowej lub reakcji łańcuchowej polimerazy o czułości co najmniej 10^{-4};
2) Potwierdzenie obecności komórek białaczkowych z ekspresją CD19 w materiale tkankowym innym niż szpik lub krew, w badaniu histopatologicznym lub cytomorfologicznym lub immunofenotypowym, jeżeli nie stwierdza się zajęcia szpiku ani obecności komórek białaczkowych we krwi;
3) Wykluczenie zajęcia OUN na podstawie badania ogólnego i mikroskopowego płynu mózgowo-rdzeniowego lub badań obrazowych OUN w momencie kwalifikacji do programu.

6.2. Monitorowanie leczenia blinatumomabem

Leczenie będzie prowadzone w warunkach szpitalnych.

Po pierwszym i drugim cyklu leczenia:

komórek krwiotwórczych w przypadku identyfikacji dawcy i uzyskania całkowitej remisji po leczeniu blinatumomabem. **6.2. Określenie czasu leczenia w programie** 1) U chorych można zastosować maksymalnie dwa cykle leczenia; 2) W momencie kwalifikacji do leczenia blinatumomabem, o ile nie było to wykonane wcześniej, należy zlecić badania zmierzające do identyfikacji potencjalnego dawcy komórek krwiotwórczych (zgodnego w zakresie HLA rodzeństwa, dawcy niespokrewnionego lub dawcy haploidentycznego). Celem jest wykonanie allogenicznej transplantacji komórek krwiotwórczych po jednym lub dwóch cyklach leczenia blinatumomabem u chorych, którzy uzyskają całkowitą remisję. Całkowita remisja jest definiowana jako spełnienie wszystkich poniższych warunków: a) odsetek komórek blastycznych w szpiku <5%, b) brak komórek blastycznych we krwi, wykrywanych metodą cytologiczną, c) brak pozaszpikowych ognisk choroby. (UWAGA: przy definiowaniu remisji w programie nie bierze się pod uwagę normalizacji parametrów morfologii krwi, nie wpływa to bowiem na kwalifikację chorego do allogenicznej transplantacji komórek krwiotwórczych) Czasowe przerwanie leczenia następuje w przypadkach określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego. **6.3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) Wystąpienie objawów nietolerancji blinatumomabu, wskazanych w Charakterystyce Produktu Leczniczego, wiążących się z przerwą w leczeniu dłuższą niż 7 dni; 2) Brak remisji po pierwszym cyklu leczenia blinatumomabem, definiowany jako spełnienie co najmniej jednego z poniższych warunków:	wydania decyzji.	1) Morfologia krwi; 2) Odsetek limfoblastów z ekspresją CD19 w szpiku oceniany badaniem immunofenotypowym metodą cytometrii przepływowej; 3) Ocena pozaszpikowych ognisk choroby w badaniach obrazowych, jeżeli były stwierdzone przy rozpoznaniu wznowy.

a) odsetek komórek blastycznych w szpiku ≥5%, b) obecność pozaszpikowych ognisk choroby.		
		7. Monitorowanie programu: 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.66.

LECZENIE CHORYCH NA PIERWOTNE CHŁONIAKI SKÓRNE T – KOMÓRKOWE (ICD – 10: C 84)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th colspan="3">Część I. BEKSAROTEN W LECZENIU CHORYCH NA ZIARNINIAKA GRZYBIASTEGO LUB ZESPÓŁ SÉZARY'EGO (ICD-10: C 84.0, C 84.1)</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 włączenia do programu
1) Do leczenia beksarotenem w ramach programu kwalifikują się świadczeniobiorcy spełniający łącznie następujące kryteria:
a) wiek ≥ 18 lat,
b) prawidłowa funkcja wątroby, nerek i szpiku kostnego,
c) potwierdzona diagnoza zespołu Sézary'ego (w oparciu o wynik cytometrii) lub ziarniniaka grzybiastego (w oparciu o wynik badania histopatologicznego skóry),
d) stadium zaawansowania choroby określone jako I B lub powyżej, według stopnia zaawansowania TNMB (klasyfikacja ISCL i EORTC)
oraz jedno z poniższych kryteriów:
a) progresja choroby w trakcie leczenia metotreksatem (MTX) lub interferonem (IFN) prowadzonego przez minimum 3 miesiące, potwierdzona w trakcie co najmniej dwóch kolejnych wizyt lekarskich lub
b) nieakceptowalna (w stopniu 3 lub 4 wg klasyfikacji WHO) oraz nawracająca pomimo modyfikacji dawkowania toksyczność terapii metotreksatem (MTX) lub interferonem (IFN) w pierwszej linii, lub
c) nawrót choroby po okresie remisji wywołanej wcześniejszym leczeniem systemowym.</td>
<td>Dawkowanie
1) Leczenie powinno być prowadzone zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego aktualną na dzień wydania decyzji.
2) W ramach programu dopuszczalne jest rozpoczęcie terapii od dawki 150 mg/m^{2}p.c./dobę, podawanej przez okres 14 dni, po których należy zwiększyć dawkę do 300 mg/m^{2}p.c./dobę.</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji
1) morfologia krwi z rozmazem;
2) stężenie kreatyniny;
3) stężenie glukozy we krwi;
4) aktywność aminotransferaz (AspAT, AlAT) oraz stężenie bilirubiny całkowitej
5) stężenie TSH oraz fT4;
6) lipidogram (triglicerydy, cholesterol całkowity, frakcja HDL i LDL);
7) tomografia komputerowa (TK) klatki piersiowej i jamy brzusznej lub rtg klatki piersiowej i usg jamy brzusznej (maksymalnie do 3 miesięcy przed kwalifikacją)
8) EKG z opisem;
9) określenie TNMB i mSWAT;
10) wykluczenie ciąży - w przypadku kobiet w wieku rozrodczym.

2. Monitorowanie leczenia
1) Badania przeprowadzane 2 razy w ciągu pierwszych 30 dni terapii oraz 1 raz w każdym kolejnym miesiącu terapii (przy wydawaniu leku):
a) morfologia krwi,</td>
</tr>
</table>

2) W przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń (stosowanie skutecznych niehormonalnych środków antykoncepcyjnych) przez okres leczenia i do 24 miesięcy po zastosowaniu ostatniej dawki beksarotenu. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów włączenia i kryteriów wyłączenia z programu. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na substancję czynną lub substancje pomocnicze; 2) wystąpienie objawów toksyczności w stopniu 3 lub 4 wg klasyfikacji WHO w przypadku, gdy nie dochodzi do poprawy stanu zdrowia lub gdy objawy toksyczne nie ustępują mimo modyfikacji dawkowania albo po odstawieniu leku; 3) progresja choroby w trakcie leczenia, przy czym w celu potwierdzenia progresji wymagany jest okres dwumiesięcznej obserwacji; 4) pojawienie się schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do kontynuacji leczenia; 5) ciąża, okres karmienia piersią. **4. Kontynuacja leczenia pacjentów po zakończeniu finansowania w ramach chemioterapii niestandardowej** 1) Z dniem 1 kwietnia 2018 roku do programu kwalifikowani mogą być pacjenci, których leczenie było finansowane do tego dnia w ramach programu chemioterapii niestandardowej. 2) Kwalifikacja, o której mowa w pkt. 1, dotyczy leczenia tą samą substancją czynną, która była finansowana w ramach programu chemioterapii niestandardowej. 3) Pacjenci, o których mowa w pkt. 1 nie muszą spełniać w chwili kwalifikacji, innych kryteriów wymaganych do włączenia do programu.		b) stężenie kreatyniny, c) stężenie glukozy we krwi, d) aktywność aminotransferaz (AspAT, AlAT) oraz stężenie bilirubiny całkowitej e) stężenie TSH oraz fT4, f) lipidogram (triglicerydy, cholesterol całkowity, frakcja HDL i LDL), g) wykonanie badań kontrolnych obrazowych - w zależności od potrzeb klinicznych. 2) Raz na dwa miesiące należy wypełnić skalę mSWAT. **Monitorowanie leczenia pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy 4. pkt. 1., powinno być prowadzone jednakowo jak w przypadku pozostałych pacjentów.** **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. 4) W przypadku pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy 4. pkt. 1, nie jest wymagane uzupełnianie danych i informacji w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych.

4) Pacjenci, o których mowa w pkt. 1 kontynuują leczenie w ramach programu do momentu podjęcia decyzji przez lekarza prowadzącego o zakończeniu leczenia danym lekiem.		
Część II. BRENTUKSYMAB VEDOTIN W LECZENIU CHORYCH NA SKÓRNEGO CHŁONIAKA T-KOMÓRKOWEGO (ICD-10: C 84)		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria włączenia do programu Do leczenia brentuksymabem vedotin w ramach programu lekowego kwalifikują się pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria: a) wiek ≥ 18 lat, b) sprawność w stopniu 0-2 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG, c) pacjenci z potwierdzonym histopatologicznie skórnym chłoniakiem T-komórkowym (ziarniniak grzybiasty - MF lub pierwotnie skórny chłoniak anaplastyczny z dużych komórek - pcALCL), d) potwierdzona immunohistochemicznie obecność antygenu CD30 w przynajmniej jednej z pobranych biopsji zmian w MF lub jednej biopsji zmian w pcALCL e) stadium zaawansowania choroby określone jako IB lub powyżej w przypadku MF, według stopnia zaawansowania TNMB (klasyfikacja ISCL i EORTC), oraz jedno z poniższych kryteriów: a) progresja choroby w trakcie wcześniejszego leczenia systemowego, w tym beksarotenem - w przypadku MF w stadium IB-IIA potwierdzona w trakcie co najmniej dwóch kolejnych wizyt lekarskich lub b) nieakceptowalna (w stopniu 3 lub 4 wg klasyfikacji WHO) oraz nawracająca pomimo modyfikacji dawkowania toksyczność wcześniejszego leczenia systemowego, w tym beksarotenem - w przypadku MF w stadium IB-IIA lub	**Dawkowanie** Dawkowanie brentuksymabu vedotin w terapii skórnego chłoniaka T-komórkowego - zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego aktualną na dzień wydania decyzji.	**1. Badania przy kwalifikacji do terapii brentuksymabem** 1) badanie podmiotowe i przedmiotowe (w tym opcjonalnie badanie dermatologiczne) 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) aktywność aminotransferaz (AspAT, AlAT) oraz stężenie bilirubiny całkowitej; 4) stężenie kreatyniny; 5) określenie TNMB i mSWAT 6) tomografia komputerowa (TK) klatki piersiowej i jamy brzusznej lub rtg klatki piersiowej i usg jamy brzusznej 7) udokumentowanie obecności antygenu CD30+ w tkance chłoniaka badaniem immunohistochemicznym; 8) wykluczenie ciąży - w przypadku kobiet w wieku rozrodczym. **2. Monitorowanie leczenia** 1) badania wykonywane przed każdym podaniem leku: a) badanie podmiotowe i przedmiotowe (w tym opcjonalnie badanie dermatologiczne) b) morfologia krwi z rozmazem; c) stężenie kreatyniny; d) aktywność aminotransferaz (AspAT, AlAT), stężenie bilirubiny całkowitej 2) raz na dwa miesiące należy wypełnić skalę mSWAT;

c) nawrót choroby po okresie remisji wywołanej wcześniejszym leczeniem systemowym, w tym beksarotenem - w przypadku MF w stadium IB-IIA U chorych na MF w stadium zaawansowania IIB lub wyższym z progresją lub nawrotem choroby można zastosować brentuksymab vedotin niezależnie od rodzaju wcześniejszego leczenia systemowego. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów włączenia i kryteriów wyłączenia z programu. Chorzy mogą otrzymać maksymalnie 16 cykli leczenia. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na brentuksymab vedotin lub którykolwiek ze składników preparatu; 2) toksyczność wymagająca przerwania leczenia zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 3) progresja choroby w trakcie leczenia, przy czym w celu potwierdzenia progresji wymagany jest okres dwumiesięcznej obserwacji; 4) podanie 16 cykli leczenia; 5) pojawienie się schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do kontynuacji leczenia; 6) ciąża, okres karmienia piersią.		3) wykonanie badań kontrolnych obrazowych - w zależności od potrzeb klinicznych. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.67.

LECZENIE IMMUNOGLOBULINAMI CHORÓB NEUROLOGICZNYCH (ICD-10: G61.8, G62.8, G63.1, G70, G04.8, G73.1, G73.2, G72.4, G61.0, G36.0, M33.0, M33.1, M33.2)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji Do programu kwalifikowani są pacjenci, u których przeprowadzono diagnostykę w oparciu o ocenę stanu neurologicznego wg. ustalonych zasad oraz wykluczono inne przyczyny obserwowanych zaburzeń poza wymienionymi poniżej. Do programu kwalifikowani są pacjenci z następującymi rozpoznaniami: **1.1. Przewlekła zapalna polineuropatia demielinizacyjna (CIDP)** 1) potwierdzona**:** a) badaniem EMG (wymóg neurografii) co najmniej 4 nerwów, b) badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego; 2) przy braku skuteczności leczenia kortykosteroidami lub przy występujących przeciwskazaniach do ich stosowania. **1.2. Wieloogniskowa neuropatia ruchowa (MMN)** 1) potwierdzona badaniem EMG (wymóg neurografii) co najmniej 6 nerwów; 2) w przypadku postępującej niesprawności ruchowej**.** **1.3. Miastenia (MG)** przy jednoczesnym wystąpieniu jednego z poniższych punktów: 1) pojemność życiowa niższa lub równa 20ml/kg m.c; 2) retencja CO_2 (ciśnienie parcjalne powyżej 45 mmHg);	**1. Dawkowanie immunoglobuliny dożylnej:** **1.1.** Pierwsze podanie immunoglobulin w dawce 0,4 g/kg m.c. we wlewie iv., ogółem dawka leku 1-2 g/kg m.c. w ciągu 2-5 dni. **1.2.** Kontynuacja leczenia w zależności od stanu neurologicznego wlewami w dawce 0,4 g/kg m.c. - 2,0 g/kg m.c. na cykl, podanej w ciągu 2-5 dni. W przypadku terapii podtrzymującej MMN, CIDP i miopatii zapalnych dawkowanie ustala się indywidualnie. **2. Dawkowanie immunoglobuliny podskórnej, posiadającej zarejestrowane wskazania do stosowania w leczeniu immunomodulacyjnym u dorosłych, dzieci i młodzieży (0-18 lat) z przewlekłą zapalną demielinizacyjną polineuropatią (CIDP) jako leczenie podtrzymujące po stabilizacji za pomocą IVIg, u grupy chorych otrzymujących IVIg z ustaloną dawką w ciągu ostatnich 2 lub 3 podań IVIg:** Leczenie rozpoczyna się 1 tydzień po ostatniej infuzji immunoglobuliny dożylnej. Zalecana dawka podskórna wynosi 0,2 do 0,4 g/kg masy ciała na	**1. Badania przy kwalifikacji:** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) AlAT; 3) AspAT; 4) oznaczanie poziomu immunoglobulin i podklas IgA lub swoistych przeciwciał; 5) proteinogram; 6) EMG; 7) rezonans magnetyczny; 8) badanie płynu mózgowo-rdzeniowego; 9) oznaczenie przeciwciał przeciwnowotworowych; 10) oznaczenie przeciwciał przeciwko akwaporynie 4 (AQP4); 11) wzrokowe potencjały wywołane; 12) oznaczenie przeciwciał anty-NMDA; 13) konsultacja ginekologiczna u kobiet; 14) inne badania w kierunku procesów nowotworowych. O zestawie badań decyduje lekarz specjalista podczas kwalifikacji do programu w zależności od zespołu klinicznego.

3) spadki saturacji pomimo pełnej suplementacji tlenem SpO_2 poniżej 93%; 4) narastanie zaburzeń oddechowych wymagających mechanicznej wentylacji lub narastający zespół opuszkowy; 5) brak skuteczności leczenia kortykosteroidami lub przeciwskazania do ich stosowania; 6) terapia pomostowa przed zabiegiem operacyjnym; 7) nasilenie objawów miastenii w okresie ciąży. **1.4. Zespoły paranowotworowe: zespół miasteniczny Lamberta-Eatona, zapalenie układu limbicznego, polineuropatia ruchowa lub ruchowo-czuciowa** udokumentowane co najmniej dwoma z trzech niżej wymienionych badań dodatkowych: 1) badanie przeciwciał przeciwnowotworowych; 2) badanie neurofizjologiczne; 3) rezonans magnetyczny; 4) przy braku skuteczności leczenia kortykosteroidami lub przy występujących przeciwskazaniach do ich stosowania. **1.5. Miopatie zapalne: zapalenie skórno-mięśniowe oraz zapalenie wielomięśniowe** w przypadku nieskutecznego leczenia kortykosteroidami. **1.6. Zespół Guillain-Barre** w przypadku wystąpienia jednego z poniższych objawów: 1) narastająca niesprawność ruchowa uniemożliwiająca samodzielne chodzenie obserwowana w okresie 2 tygodni od momentu zachorowania; 2) narastający niedowład mięśni twarzy; 3) dyzartia; 4) dysfagia; 5) zaburzenia oddechowe.	tydzień. Początkowa dawka podskórna może być zamieniana w skali 1:1 z poprzednią dawką immunoglobuliny dożylnej (obliczaną jako dawka tygodniowa). Tygodniową dawkę można podzielić na mniejsze dawki i podawać wymaganą liczbę razy na tydzień. W przypadku podawania dawki co 2 tygodnie, dawka tygodniowa powinna być podwojona. Może być konieczne dostosowanie dawki w celu osiągnięcia oczekiwanej odpowiedzi klinicznej. Indywidualna odpowiedź kliniczna pacjenta powinna stanowić podstawę do ustalania odpowiedniej dawki. W przypadku pogorszenia stanu klinicznego dawkę można zwiększyć do zalecanej maksymalnej dawki 0,4 g./kg mc. na tydzień. Immunoglobulina podskórna wydawana jest do domu przez placówki realizujące program lekowy. Podanie podskórne może mieć miejsce w warunkach domowych. W takiej sytuacji musi zostać rozpoczęte w placówce realizującej Program Lekowy, warunkach szpitalnych lub ambulatoryjnie, według następującego schematu: a) pacjent odbywa minimum dwie wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku, b) wizyty mają na celu edukację pacjenta w zakresie podawania immunoglobuliny podskórnej - samodzielnego lub przez opiekuna, c) pacjent lub opiekun pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie sposobu używania sprzętu do podawania leku, techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych i czynności, które należy	**2. Monitorowanie leczenia** **2.1. Badania przeprowadzane przed pierwszym podaniem immunoglobuliny dożylnej:** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie poziomu kinazy kreatynowej; 3) oznaczenie aktywności AlAT, 4) oznaczenie aktywności AspAT; 5) proteinogram; 6) oznaczanie poziomu immunoglobulin i podklas IgA lub swoistych przeciwciał. **2.2. Badania przeprowadzane przed kolejnym podaniem immunoglobuliny dożylnej:** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie poziomu kinazy kreatynowej; 3) oznaczenie aktywności AlAT, 4) oznaczenie aktywności AspAT; oraz 5) inne indywidualnie ustalone przez lekarza. **2.3.** W przypadku **leczenia podtrzymującego CIDP immunoglobuliną podskórną** każdorazowo przed wydaniem kolejnych dawek leku do terapii domowej należy ocenić wyniki poniższych badań. Decyzję o kontynuacji leczenia podejmuje lekarz na podstawie wyników badań i stanu klinicznego. 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie poziomu kinazy kreatynowej; 3) oznaczenie aktywności AlAT, 4) oznaczenie aktywności AspAT;

1.7. Choroba Devica (NMO)

1) potwierdzona wykonaniem:
   a) rezonansu magnetycznego mózgu i rdzenia kręgowego,
   b) badania potencjałów wzrokowych,
   c) badania przeciwciał przeciwko akwaporynie 4 (AQP4),
   d) badania płynu mózgowo-rdzeniowego;
2) w przypadku nieskuteczności leczenia immunosupresyjnego lub występujących przeciwskazaniach do jego zastosowania.

1.8. Zapalenie mózgu z przeciwciałami przeciw antygenom neuronalnym

1) potwierdzone wykonaniem:
   a) rezonansu magnetycznego mózgu,
   b) badania płynu mózgowo-rdzeniowego,
   c) badania poziomu przeciwciał przeciw antygenom neuronalnym;
2) w przypadku nieskuteczności leczenia immunosupresyjnego lub występujących przeciwskazaniach do jego zastosowania.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia z programu.

3. Kryteria wyłączenia:

1) nadwrażliwość na immunoglobuliny lub inny składnik preparatu

lub

2) nieskuteczność leczenia definiowana jako progresja choroby potwierdzona badaniami klinicznymi lub neurofizjologicznymi pomimo zastosowania trzech cykli leczenia.

W przypadkach wyjątkowych, w których pomimo stwierdzenia obecności przeciwciał przeciwko IgA zachodzi bezwzględna konieczność leczenia immunoglobulinami terapia powinna być prowadzona w Oddziale Intensywnej Terapii.

podjąć w przypadku ich wystąpienia,

d) pacjent otrzymuje immunoglobulinę podskórną wraz z niezbędnym sprzętem medycznym umożliwiającym podanie preparatu i środkami zabezpieczającymi jałowość procedury w ośrodku prowadzącym terapię danego pacjenta,
e) immunoglobulina podskórna może być wydana dla celów terapii domowej na okres substytucji nie przekraczający 3 miesięcy.

oraz

5) inne indywidualnie ustalone przez lekarza.

3. Monitorowanie programu

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

Załącznik B.69.

LECZENIE PARYKALCYTOLEM WTÓRNEJ NADCZYNNOŚCI PRZYTARCZYC U PACJENTÓW HEMODIALIZOWANYCH (ICD-10 N25.8)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji: 1) wiek od 18 roku życia; 2) wtórna nadczynność przytarczyc; 3) długotrwałe leczenie hemodializą z powodu schyłkowej niewydolności nerek; 4) przeciwwskazania do zastosowania lub niepowodzenie innych opcji terapeutycznych (np. dla paratyroidektomii); 5) stężenie iPTH > 500pg/ml. **2. Określenie czasu leczenia w programie:** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia z programu:** 1) osiągnięcie normalizacji wskaźników gospodarki wapniowo - fosforanowej zgodnie z aktualnymi wytycznymi K/DOQI (Kidney Disease Outcome Quality Initiative - US National Kidney Foundation); 2) przeszczepienie nerki; 3) nadwrażliwość na lek lub substancje pomocnicze; 4) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych w trakcie leczenia.	**Dawkowanie parykalcytolu:** Zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego.	**1. Monitorowanie leczenia parykalcytolem:** 1) stężenie iPTH - przez 1-4 tygodnie od rozpoczęcia leczenia, następnie kontrola co 1-3 miesiące; 2) stężenie w surowicy Ca x P; 3) stężenie wapnia w surowicy; 4) stężenie fosforu w surowicy. **2. Monitorowanie programu:** 1) przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, nie rzadziej niż co 3 miesiące oraz na zakończenie leczenia; 3) dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom NFZ.

Załącznik B.70.

LECZENIE NEOWASKULARNEJ (WYSIĘKOWEJ) POSTACI ZWYRODNIENIA PLAMKI ZWIĄZANEGO Z WIEKIEM (AMD) (ICD-10 H35.3)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem aflibercept em Pacjent jest kwalifikowany do programu przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Neowaskularnej (Wysiękowej) Postaci Zwyrodnienia Plamki Związanego z Wiekiem, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Każdorazowo pacjenta do podania kolejnej dawki leku kwalifikuje lekarz prowadzący. **1.1. Kryteria kwalifikacji** 1) obecność aktywnej (pierwotnej lub wtórnej), klasycznej, ukrytej lub mieszanej neowaskularyzacji podsiatkówkowej (CNV) zajmującej ponad 50% zmiany w przebiegu AMD potwierdzona w OCT (optycznej koherentnej tomografii) i angiografii fluoresceinowej lub badaniu angio-OCT; 2) wiek powyżej 45. roku życia; 3) wielkość zmiany mniejsza niż 12 DA (12 powierzchni tarczy nerwu wzrokowego);	**1. Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem aflibercept em** **1.1. Dawkowanie aflibercept u** 1) zalecana dawka aflibercept u wynosi 2 mg, co odpowiada 50 mikrolitrom roztworu (0,05ml) na jedno wstrzyknięcie doszklistkowe; 2) leczenie aflibercept em rozpoczyna się od jednego wstrzyknięcia na miesiąc (tj. w odstępach co najmniej 28 dni, ale nie później niż 7 dni po upływie tego terminu) przez trzy kolejne miesiące, a następnie lek podaje się w postaci jednego wstrzyknięcia co 2 miesiące; 3) po pierwszych 12 miesiącach leczenia aflibercept em odstęp pomiędzy dawkami można wydłużyć lub skrócić– kolejne dawki podaje się w przypadku pogorszenia się parametrów wzrokowych lub anatomicznych; 4) po pierwszych 12 miesiącach leczenia badania kontrolne pacjenta muszą być wykonywane nie rzadziej niż co 2 miesiące (tj. nie rzadziej niż co 62 dni);	**1. Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem aflibercept em** **1.1. Badania przy kwalifikacji** 1) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS; 2) OCT (optyczna koherentna tomografia); 3) fotografia dna oka; 4) angiografia fluoresceinowa lub angio-OCT (w przypadkach trudnych z diagnostycznego punktu widzenia - angiografia indocyjaninowa) – w przypadku uczulenia na barwnik stosowany w angiografii lub w razie wystąpienia innych jednoznacznych przeciwwskazań do wykonania tego badania można od niego odstąpić. Fakt odstąpienia od badania należy opisać w dokumentacji medycznej pacjenta i przekazać do Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Neowaskularnej (Wysiękowej) Postaci Zwyrodnienia Plamki Związanego z Wiekiem.

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).

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

1.2. Kryteria włączenia do programu pacjentów leczonych uprzednio w ramach jednorodnych grup pacjentów lub w programie leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD), którzy zostali wyłączeni z programu (ponowna kwalifikacja), lub u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Do programu kwalifikowani są również pacjenci wyłączeni z niego w oparciu o pkt. 8 kryteriów wyłączenia oraz którzy przed wprowadzeniem programu rozpoczęli leczenie wysiękowej postaci AMD iniekcjami doszklistkowymi przeciwciała monoklonalnego anty-VEGF lub rekombinowanego białka fuzyjnego:

a) w ramach świadczeń gwarantowanych rozliczanych w ramach grupy B02 - Leczenie wysiękowej postaci AMD z zastosowaniem iniekcji doszklistkowych przeciwciała monoklonalnego anty-VEGF/rekombinowanego białka fuzyjnego

lub

b) u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

5) w przypadku pacjentów zakwalifikowanych do programu, którzy rozpoczęli wcześniej leczenie wysiękowej postaci AMD iniekcjami doszklistkowymi przeciwciała monoklonalnego anty-VEGF lub rekombinowanego białka fuzyjnego:

a) w ramach świadczeń gwarantowanych rozliczanych w ramach grupy B02 - Leczenie wysiękowej postaci AMD z zastosowaniem iniekcji doszklistkowych przeciwciała monoklonalnego anty-VEGF/rekombinowanego białka fuzyjnego

lub

b) u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

- schemat dawkowania należy dostosować do etapu leczenia, na jakim znajduje się pacjent.

2. Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem ranibizumabem

2.1. Dawkowanie ranibizumabu

1) zalecana dawka ranibizumabu wynosi 0,5 mg, co odpowiada 50 mikrolitrom roztworu (0,05 ml) na jedno wstrzyknięcie doszklistkowe;
2) leczenie rozpoczyna się od jednej iniekcji na miesiąc (tj. w odstępach co najmniej 28 dni, ale nie później niż 7 dni po upływie tego terminu) do czasu uzyskania maksymalnej ostrości wzroku lub braku cech aktywności choroby tj. braku zmian w ostrości wzroku oraz innych objawów przedmiotowych choroby podczas kontynuowania leczenia;

1.2. Monitorowanie leczenia

1) badania przeprowadzane przed każdym podaniem afliberceptu (w dniu podania leku lub w terminie do 7 dni przed jego podaniem) zgodnie z harmonogramem dawkowania oraz nie rzadziej niż co 2 miesiące (tj. nie rzadziej niż co 62 dni) po pierwszych 12 miesiącach leczenia:

a) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS,
b) OCT (optyczna koherentna tomografia),
c) opcjonalnie - fotografia dna oka,
d) opcjonalnie - angiografia fluoresceinowa lub angio-OCT (w przypadkach trudnych z diagnostycznego punktu widzenia - angiografia indocyjaninowa).

2. Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem ranibizumabem

2.1. Badania przy kwalifikacji

1) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS;
2) OCT (optyczna koherentna tomografia);
3) fotografia dna oka;
4) angiografia fluoresceinowa lub angio-OCT (w przypadkach trudnych z diagnostycznego punktu widzenia – angiografia indocyjaninowa) – w przypadku uczulenia na barwnik stosowany w angiografii lub w razie wystąpienia innych jednoznacznych przeciwwskazań do wykonania tego badania można od niego odstąpić. Fakt odstąpienia od badania należy

przeciwciała monoklonalnego anty-VEGF/rekombinowanego białka fuzyjnego

lub

b) u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

- pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia terapii spełniali kryteria włączenia do programu. Jeżeli wykazano w tym czasie skuteczność leczenia, wtedy terapia powinna być kontynuowana zgodnie z zapisami programu.

1.3. Określenie czasu leczenia w programie

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

1.4. Kryteria wyłączenia

1) nadwrażliwość na aflibercept lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;
2) czynne zakażenie oka lub jego okolic;
3) czynne ciężkie zapalenie wnętrza gałki;
4) okres ciąży lub karmienia piersią;
5) wystąpienie działań niepożądanych związanych z lekiem uniemożliwiających jego dalsze stosowanie;
6) przedarciowe odwarstwienie siatkówki lub otwór w plamce 3. lub 4. stopnia;
7) progresja choroby definiowana jako:
   a) pogorszenie najlepszej skorygowanej ostrości wzroku (BCVA) do wartości < 0,2 określonej według

3) następnie odstępy pomiędzy podaniem kolejnych dawek oraz częstotliwość wykonywania badań kontrolnych są ustalane przez lekarza prowadzącego i powinny być uzależnione od aktywności choroby, ocenianej na podstawie ostrości wzroku lub parametrów anatomicznych;
4) odstęp pomiędzy wstrzyknięciem dwóch dawek do tego samego oka powinien wynosić co najmniej 4 tygodnie;
5) w przypadku, gdy odstęp między podaniem kolejnych dawek został ustalony na więcej niż 2 miesiące, badania kontrolne pacjenta muszą być wykonywane nie rzadziej niż co 2 miesiące (tj. nie rzadziej niż co 62 dni);
6) w przypadku pacjentów zakwalifikowanych do programu, którzy rozpoczęli wcześniej leczenie wysiękowej postaci AMD iniekcjami doszklistkowymi przeciwciała monoklonalnego anty-VEGF lub rekombinowanego białka fuzyjnego:
   a) w ramach świadczeń gwarantowanych rozliczanych w ramach grupy B02 - Leczenie wysiękowej postaci AMD z zastosowaniem iniekcji doszklistkowych przeciwciała monoklonalnego anty-VEGF/rekombinowanego białka fuzyjnego

   lub

   b) u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

- schemat dawkowania należy dostosować do etapu leczenia, na jakim znajduje się pacjent.

3. Wstrzymanie podawania leku

Podawanie leku należy odroczyć, jeżeli wystąpi:

opisać w dokumentacji medycznej pacjenta i przekazać do Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Neowaskularnej (Wysiękowej) Postaci Zwyrodnienia Plamki Związanego z Wiekiem.

2.2. Monitorowanie leczenia

1) badania przeprowadzane przed każdym podaniem ranibizumabu (w dniu podania leku lub w terminie do 7 dni przed jego podaniem) zgodnie z harmonogramem dawkowania oraz nie rzadziej niż raz na 2 miesiące (tj. nie rzadziej niż co 62 dni), jeżeli odstęp między podaniem kolejnych dawek został ustalony na więcej niż 2 miesiące:
   a) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS,
   b) OCT (optyczna koherentna tomografia),
   c) opcjonalnie - fotografia dna oka,
   d) opcjonalnie - angiografia fluoresceinowa lub angio-OCT (w przypadkach trudnych z diagnostycznego punktu widzenia – angiografia indocyjaninowa).

3. Monitorowanie programu

1) przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia;
2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze Leczenia wysiękowej postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD) (SMPT - AMD), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez

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 lub poprawy czynnościowej (istotne uszkodzenie struktury jest zdefiniowane jako obecne zwłóknienie lub atrofia w dołku albo istotna przewlekła tarczowata blizna);

8) brak aktywnego leczenia w postaci podawania iniekcji afliberceptu w okresie 4 miesięcy od podania ostatniej dawki leku;

9) brak współpracy pacjenta z lekarzem prowadzącym (niezgłaszanie się z powodów nieuzasadnionych na określone przez program minimum 2 kolejne punkty kontrolne).

2. Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem ranibizumabem

Pacjent jest kwalifikowany do programu przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Neowaskularnej (Wysiękowej) Postaci Zwyrodnienia Plamki Związanego z Wiekiem, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Każdorazowo pacjenta do podania kolejnej dawki leku kwalifikuje lekarz prowadzący.

2.1. Kryteria kwalifikacji

1) obecność aktywnej (pierwotnej lub wtórnej), klasycznej, ukrytej lub mieszanej neowaskularyzacji

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 afliberceptu – od drugiego roku leczenia, a w przypadku ranibizumabu – od pierwszego roku leczenia).

O terminie podania kolejnej dawki leku po odroczeniu decyduje lekarz prowadzący – z zastrzeżeniem kryteriów wyłączenia z programu.

4. Zmiana leku podczas leczenia neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem

W przypadku braku skuteczności dotychczasowej terapii lekarz prowadzący może zmienić dotychczas podawany lek (pod warunkiem niespełnienia kryteriów wyłączenia z programu) na lek z inną substancją czynną finansowaną w ramach programu, jednak nie wcześniej niż po 7 iniekcjach tego samego leku:

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.

podsiatkówkowej (CNV) zajmującej ponad 50% zmiany w przebiegu AMD potwierdzona w OCT (optycznej koherentnej tomografii) i angiografii fluoresceinowej lub badaniu angio-OCT; 2) wiek powyżej 45. roku życia; 3) wielkość zmiany mniejsza niż 12 DA (12 powierzchni tarczy nerwu wzrokowego); 4) najlepsza skorygowana ostrość wzroku (BCVA) w leczonym oku 0,2-0,8 określona według tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS); 5) zgoda pacjenta na wykonanie iniekcji doszklistkowych; 6) brak dominującego zaniku geograficznego; 7) brak dominującego wylewu krwi. 8) brak trwałego uszkodzenia struktury dołka, która uniemożliwia uzyskanie u pacjenta stabilizacji lub poprawy czynnościowej (istotne uszkodzenie struktury jest zdefiniowane jako obecne zwłóknienie lub atrofia w dołku albo istotna przewlekła tarczowata blizna). Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **2.2. Kryteria włączenia do programu pacjentów leczonych uprzednio w ramach jednorodnych grup pacjentów lub w programie leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD), którzy zostali wyłączeni z programu (ponowna kwalifikacja), lub u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych** Do programu kwalifikowani są również pacjenci wyłączeni z niego w oparciu o pkt. 8 kryteriów wyłączenia, oraz którzy przed wprowadzeniem programu rozpoczęli leczenie	a) podanych w ramach programu lekowego – w przypadku pacjentów nowych, b) łącznie – w przypadku pacjentów zakwalifikowanych do programu zgodnie z kryteriami włączenia do programu pacjentów leczonych uprzednio w ramach jednorodnych grup pacjentów lub u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Za brak skuteczności terapii należy uznać: 1) pogorszenie ostrości wzroku w stosunku do wartości przy kwalifikacji do leczenia, przy braku spełnienia kryterium wyłączenia z programu; lub 2) utrzymującą się lub cyklicznie nawracającą aktywność choroby, tj. płyn podsiatkówkowy lub obrzęk siatkówki, przy braku spełnienia kryterium wyłączenia z programu i gdy nie doszło do nieodwracalnych zmian w plamce w postaci dominującego bliznowacenia lub zaniku. Schemat dawkowania leku po zmianie ustala lekarz prowadzący.	

wysiękowej postaci AMD iniekcjami doszklistkowymi przeciwciała monoklonalnego anty-VEGF lub rekombinowanego białka fuzyjnego: a) w ramach świadczeń gwarantowanych rozliczanych w ramach grupy B02 - Leczenie wysiękowej postaci AMD z zastosowaniem iniekcji doszklistkowych przeciwciała monoklonalnego anty-VEGF/rekombinowanego białka fuzyjnego lub b) u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia terapii spełniali kryteria włączenia do programu. Jeżeli wykazano w tym czasie skuteczność leczenia, wtedy terapia powinna być kontynuowana zgodnie z zapisami programu. **2.3. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia. **2.4. Kryteria wyłączenia** 1) nadwrażliwość na ranibizumab lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 2) czynne zakażenie oka lub jego okolic; 3) czynne ciężkie zapalenie wnętrza gałki; 4) okres ciąży lub karmienia piersią; 5) wystąpienie działań niepożądanych związanych z lekiem uniemożliwiających jego dalsze stosowanie;		

6) przedarciowe odwarstwienie siatkówki lub otwór w plamce 3. lub 4. stopnia; 7) progresja choroby 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 lub poprawy czynnościowej (istotne uszkodzenie struktury jest zdefiniowane jako obecne zwłóknienie lub atrofia w dołku albo istotna przewlekła tarczowata blizna); 8) brak aktywnego leczenia w postaci podawania iniekcji ranibizumabu w okresie 4 miesięcy od podania ostatniej dawki leku; 9) brak współpracy pacjenta z lekarzem prowadzącym (niezgłaszanie się z powodów nieuzasadnionych na określone przez program minimum 2 kolejne punkty kontrolne).		

Załącznik B.71.

LECZENIE PRZEWLEKŁEGO WIRUSOWEGO ZAPALENIA WĄTROBY TYPU C TERAPIĄ BEZINTERFERONOWĄ (ICD-10 B 18.2)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji 1) wiek ≥ 18 r. ż.; 2) rozpoznanie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C; 3) obecność HCV RNA w surowicy krwi lub w tkance wątrobowej; 4) obecność przeciwciał anty-HCV; 5) stwierdzenie włóknienia wątroby określonego z wykorzystaniem elastografii wątroby wykonanej techniką umożliwiającą pomiar ilościowy w kPa lub określonego z wykorzystaniem biopsji wątroby. W przypadku podejrzenia współistnienia chorób wątroby o innej etiologii, niezgodności wyniku badania nieinwazyjnego ze stanem klinicznym chorego lub rozbieżności pomiędzy wynikami różnych badań nieinwazyjnych zalecane jest wykonanie biopsji wątroby (o ile nie jest ona przeciwwskazana), której wynik ma wówczas znaczenie rozstrzygające; 6) potwierdzona obecność zakażenia genotypem: a) 1 HCV - w przypadku kwalifikacji do terapii sofosbuwirem w skojarzeniu z ledipaswirem (i ewentualnie rybawiryną), albo b) 1 lub 4 HCV - w przypadku kwalifikacji do terapii grazoprewirem w skojarzeniu z elbaswirem (i ewentualnie rybawiryną), albo c) 1,2,3,4,5,6 HCV- w przypadku kwalifikacji do terapii sofosbuwirem w skojarzeniu z welpataswirem (i ewentualnie rybawiryną) lub glekaprewirem w skojarzeniu z pibrentaswirem;	**1. Sofosbuwir + ledipaswir i sofosbuwir + welpataswir** w ramach programu dawkuje się zgodnie z odpowiednimi aktualnymi na dzień wydania decyzji Charakterystykami Produktów Leczniczych. **Rybawirynę** niezbędną do terapii skojarzonej z sofosbuwirem i ledipaswirem lub sofosbuwirem i welpataswirem, należy stosować zgodnie ze schematem dawkowania określonym w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego zawierającego sofosbuwir + ledipaswir lub sofosbuwir + welpataswir. **2. Grazoprewir + elbaswir** w ramach programu dawkuje się zgodnie z odpowiednią aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego. **Rybawirynę** niezbędną do terapii skojarzonej z grazoprewirem i elbaswirem, należy stosować zgodnie ze schematem dawkowania określonym w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego zawierającego grazoprewir+elbaswir.	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia** 1) oznaczenie HCV RNA metodą ilościową; 2) morfologia krwi; 3) oznaczenie aktywności AlAT; 4) oznaczenie stężenia albumin; 5) oznaczenie stężenia bilirubiny; 6) czas lub wskaźnik protrombinowy; 7) oznaczenie poziomu kreatyniny; 8) oznaczenie przeciwciał anty-HIV; 9) oznaczenie antygenu HBs; 10) USG jamy brzusznej (jeśli nie było wykonywane w okresie ostatnich 6 miesięcy); 11) badanie określające zaawansowanie włóknienia wątroby - elastografia wątroby wykonana techniką umożliwiającą pomiar ilościowy w kPa lub biopsja wątroby (jeśli nie było wykonywane wcześniej); 12) oznaczenie genotypu HCV (z podtypem w przypadku genotypu 1) - jeśli nie było wykonywane wcześniej. **2. Monitorowanie leczenia** 1) w 1 dniu, przed podaniem leków: a) morfologia krwi;

7) W przypadku niemożności oznaczenia genotypu z powodu niskiej wiremii należy zastosować lek pangenotypowy (glekaprewir/pibrentaswir lub sofosbuwir/welpataswir). **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 oraz ewentualnie z rybawiryną; 4) konieczność przyjmowania leków mogących obniżać aktywność osoczową sofosbuwiru i ledipaswiru albo sofosbuwiru i welpataswiru, w szczególności silnych induktorów glikoproteiny P w jelitach (o ile dotyczy); 5) czynne uzależnienie od alkoholu lub środków odurzających; 6) ciąża lub karmienie piersią; 7) inne przeciwwskazania do stosowania określone w odpowiednich charakterystykach: a) sofosbuwiru z ledipaswirem lub sofosbuwiru z welpataswirem oraz rybawiryny (o ile dotyczy), albo b) grazoprewiru z elbaswirem oraz rybawiryny (o ile dotyczy), albo c) glekaprewiru z pibrentaswirem (o ile dotyczy). **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) ujawnienie okoliczności określonych w ust. 2 w trakcie leczenia; 2) działania niepożądane stosowanych w programie leków uzasadniające przerwanie leczenia: – w opinii lekarza prowadzącego terapię lub – zgodnie z charakterystykami odpowiednich produktów leczniczych.	**3. Glekaprewir + pibrentaswir** w ramach programu dawkuje się zgodnie z odpowiednią aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego.	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) na zakończenie leczenia: a) oznaczenie HCV RNA metodą jakościową lub ilościową; 5) po 12 tygodniach od zakończenia leczenia (w 20, 24, 28 lub 36 tygodniu terapii): a) oznaczenie HCV RNA metodą jakościową; b) USG jamy brzusznej. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.73.

LECZENIE NEUROGENNEJ NADREAKTYWNOŚCI WYPIERACZA (ICD-10 N31)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji: 1) wiek: 18 i więcej lat; 2) nietrzymanie moczu z parć naglących; 3) neurogenna nadreaktywność mięśnia wypieracza (NNW) potwierdzona badaniem urodynamicznym wykonanym nie później niż rok przed kwalifikacją do programu, chyba że w tym okresie wykonanie badania było niemożliwe z przyczyn medycznych. W takim przypadku dopuszczalne jest dołączenie wyniku badania urodynamicznego wykonanego wcześniej; 4) stan po stabilnym urazie rdzenia kręgowego lub stwardnienie rozsiane; 5) niedostateczne wyniki dotychczasowego leczenia obserwowane przez minimum miesiąc, takie jak: a) pogorszenie się czynności nerek lub b) przetrwałe nietrzymanie moczu z parć naglących, lub c) pojawienie się zastoju w górnych drogach moczowych, lub d) zwiększenie istniejącego zastoju w górnych drogach moczowych, lub	**1. Dawkowanie:** Zalecana dawka inicjująca wynosi 200 jednostek toksyny botulinowej typu A jako 30 iniekcji o objętości 1 ml (~6,7 jednostek) w mięsień wypieracz. W przypadku dobrego efektu leczniczego należy w leczeniu podtrzymującym stosować podobne dawki leku. W przypadku braku efektu po podaniu dawki inicjującej należy zwiększyć dawkę do 300 jednostek toksyny botulinowej typu A jako 30 iniekcji o objętości 1 ml (~10 jednostek) w mięsień wypieracz.	**1. Badania przy kwalifikacji:** 1) badanie fizykalne: a) badanie brzucha, b) badanie przez pochwę lub per rectum, c) badanie neurologiczne - ocena segmentów unerwionych przez nerwy z poziomu S2-S4 (czucie skórne w obrębie przedsionka pochwy lub krocza, odruch opuszkowo-jamisty oraz odruchy ścięgniste z kończyn dolnych); 2) badanie ogólne i bakteriologiczne moczu; 3) oznaczenie stężenia kreatyniny; 4) oznaczenie stężenia mocznika; 5) dzienniczek mikcyjny (ilość, objętość, czas mikcji, ilość i natężenie parć naglących z lub bez nietrzymania moczu, ilość przyjmowanych płynów); 6) pomiar objętości moczu zalegającej po mikcji (przy pomocy cewnika, aparatu USG lub aparatu typu Bladder Scan); 7) inne badania urodynamiczne (głównie cystometria) celem potwierdzenia neurogennej nadreaktywności wypieracza – jeśli nie były wykonywane wcześniej. **2. Monitorowanie leczenia:** 1) celem wizyt kontrolnych jest: a) ocena skuteczności,

e) pojawienie się objawowych, nawracających zakażeń górnych dróg moczowych, lub nietolerancja leczenia antycholinergicznego (należy wypróbować minimum dwa leki antycholinergiczne, każdy przez minimum miesiąc): a) zaburzenia rytmu serca, b) zaburzenia pamięci, c) zaburzenia żołądkowo-jelitowe i połykania, powodujące zaburzenia odżywiania, d) zaburzenia widzenia powodujące istotne upośledzenie wzroku; 6) zgoda pacjenta na konieczność czystego przerywanego cewnikowania (CIC) w razie potrzeby; 7) negatywny wywiad w kierunku nadwrażliwości na kompleks neurotoksyny Clostridium botulinum typu A lub na którykolwiek ze składników produktu; 8) negatywny wywiad w kierunku: a) neuropatii obwodowych, b) zaburzeń przewodnictwa nerwowo-mięśniowego (myasthenia gravis, miasteniczny zespół Lamberta-Eatona); 9) niestosowanie aminoglikozydów, pochodnych kurary czy innych leków zaburzających przewodnictwo nerwowo-mięśniowe. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **2. Określenie czasu leczenia w programie:** 1) leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, w wyniku braku skuteczności leczenia lub zgodnie z pozostałymi kryteriami wyłączenia;		b) ocena ewentualnych wskazań do wdrożenia samocewnikowania, c) ocena objętości moczu zalegającego po mikcji u pacjentów niecewnikowanych, d) monitorowanie w kierunku ewentualnych zakażeń dróg moczowych; 2) wizyty kontrolne według następującego schematu: a) pierwsza wizyta po 2 tygodniach (lub wcześniej, jeżeli istnieją wskazania), b) kolejne wizyty co 3 miesiące (lub wcześniej, jeżeli istnieją wskazania). **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia. 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia. 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

2) w sytuacji niepowodzenia terapii (pierwszego podania), podanie toksyny botulinowej można powtórzyć, jednakże nie wcześniej niż po 3 miesiącach. W sytuacji niepowodzenia po dwóch kolejnych podaniach toksyny botulinowej, pacjent jest dyskwalifikowany z programu lekowego; 3) w sytuacji powodzenia terapii, podania toksyny botulinowej można powtarzać, jednakże nie częściej niż od 6 do 9 miesięcy. **3. Kryteria wyłączenia z programu:** 1) brak skuteczności leczenia definiowany jako nieuzyskanie zmniejszenia liczby epizodów nietrzymania moczu na tydzień o ≥ 50 % w stosunku do poziomu wyjściowego (ocena na podstawie dzienniczka mikcji prowadzonego przez 7 dni, nie wcześniej niż po upływie 6 tygodni i nie później niż po upływie 12 tygodni od podania toksyny botulinowej); 2) nieprowadzenie dzienniczka mikcji; 3) brak zgody lub przeciwwskazania do wykonania czystego przerywanego cewnikowania; 4) nadwrażliwość na kompleks neurotoksyny Clostridium botulinum typu A lub na którykolwiek ze składników produktu.		

Załącznik B.74.

LECZENIE PRZEWLEKŁEGO ZAKRZEPOWO-ZATOROWEGO NADCIŚNIENIA PŁUCNEGO (CTEPH) (ICD-10 I27, I27.0 i/lub I26)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji 1) zdiagnozowane oraz udokumentowane przewlekłe zakrzepowo-zatorowe nadciśnienie płucne (CTEPH) wg aktualnej klasyfikacji ESC/ERS, 2) spełnienie jednego z dwóch poniższych kryteriów: a) nieoperowalne CTEPH (dyskwalifikacja od leczenia operacyjnego potwierdzona przez zespół CTEPH składający się z kardiochirurga z doświadczeniem w zakresie PEA, kardiologa interwencyjnego z doświadczeniem w zakresie cewnikowania prawostronnego oraz angioplastyki tętnic płucnych, kardiologa doświadczonego w prowadzeniu pacjentów z nadciśnieniem płucnym lub brak zgody pacjenta na PEA przy akceptacji zespołu CTEPH; w przypadkach wątpliwych – brak jednoznacznej opinii specjalistów wymienionych dziedzin – konieczna jest konsultacja przez kardiochirurga, który wykonał co najmniej 50 zabiegów endarterektomii tętnic płucnych; sformułowanie „z doświadczeniem w wykonywaniu ” należy rozumieć jako „lekarza przeszkolonego i samodzielnie wykonującego określone zabiegi” a „doświadczonego w prowadzeniu pacjentów z nadciśnieniem płucnym” jako „lekarza posiadającego doświadczenie w stosowaniu farmakoterapii	Schemat dawkowania riocyguatu zgodny z informacjami zawartymi w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) Badania nieinwazyjne: a) ocena klasy czynnościowej według NYHA, b) test 6-minutowego marszu, c) oznaczenie NT-pro-BNP, d) badanie echokardiograficzne. 2) Badania inwazyjne: – badanie hemodynamiczne (aktualne, wykonane nie więcej niż 12 tygodni przed kwalifikacją) cewnikowanie prawego serca z oceną ciśnienia zaklinowania, naczyniowego oporu płucnego, pojemności minutowej i saturacji mieszanej krwi żylnej. 3) Badania obrazowe: a) arteriografia tętnic płucnych oraz jedno z trzech niżej wymienionych badań:, a) MRI, b) Angio CT; c) scyntygrafia płuc. W przypadku uczulenia na barwnik stosowany w arteriografii lub w razie wystąpienia innych jednoznacznych przeciwskazań

swoistej w nadciśnieniu płucnym) lub b) przetrwałe CTEPH po leczeniu chirurgicznym. Przetrwałe CTEPH to utrzymujące się nadciśnienie płucne (zgodnie z definicją hemodynamiczną zawartą w punkcie 3) przez co najmniej 6 miesięcy po endarterektomii płucnej (PEA) potwierdzone cewnikowaniem prawego serca. U pacjentów, u których po zabiegu endarterektomii tętnic płucnych utrzymuje się nadciśnienie płucne (zgodnie z definicją hemodynamiczną zawartą w punkcie 3) wywołujące objawy możliwe jest włącznie riocyguatu przed upływem okresu 6 miesięcy od operacji na podstawie decyzji zespołu CTEPH. 3) średnie ciśnienie w tętnicy płucnej ≥25 mm Hg i naczyniowy opór płucny ≥ 240 dyn*sec*cm^{-5} (lub 3 jednostki Wooda), 4) klasa czynnościowa: od II do III według WHO, 5) wiek świadczeniobiorcy: 18 lat i powyżej. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Czas leczenia riocyguatem w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia z programu. **3. Kryteria wyłączenia i przeciwskazania do włączania do programu** Wystąpienie co najmniej jednego z poniższych kryteriów: 1) jednoczesne podawanie z inhibitorami PDE-5 (takimi jak sildenafil, tadalafil, wardenafil), 2) ciężkie zaburzenia czynności wątroby (stopień C w skali Child-Pugh),		do wykonania tego badania można od niego odstąpić i wykonać 2 z 3 poniższych badań obrazowych a) MRI, b) Angio CT; c) scyntygrafia płuc. W przypadkach wątpliwych może być konieczne wykonanie wszystkich powyższych badań. **2. Monitorowanie leczenia** W okresie dostosowywania dawki wizyty kontrolne odbywają się co 2 tygodnie +/- 2 dni. W uzasadnionych przypadkach możliwe jest przeprowadzenie wizyty dostosowującej dawkę przez lekarza w miejscu zamieszkania pacjenta o ile lekarz udokumentuje brak przeciwwskazań do eskalacji dawki. Ocena skuteczności leczenia powinna być wykonywana co 3 – 6 miesięcy w stanie jak najbardziej stabilnym. Możliwe jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego terapię, przeprowadzenie wizyty w programie w formie zdalnej konsultacji i przesunięcie wykonania badań w programie na późniejszy okres o ile nie stanowi to zagrożenia dla zdrowia pacjenta i pozostaje bez wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo prowadzonej terapii. W takiej sytuacji możliwe jest dostarczenie leków przez szpital do miejsca zamieszkania pacjenta lub wydanie leków osobie przez niego upoważnionej w ilości każdorazowo nie większej niż niezbędna do zabezpieczenia 3-4 miesięcy terapii (w zależności od indywidualnego dawkowania oraz wielkości opakowań poszczególnych leków). Opisane powyżej postępowanie, w tym wynik zdalnej konsultacji i ocena stanu zdrowia dokonana przez lekarza prowadzącego, powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz SMPT.

3) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą, 4) ciąża, 5) jednoczesne podawanie z azotanami lub lekami uwalniającymi tlenek azotu (takimi jak azotyn amylu) w jakiejkolwiek postaci, 6) pacjenci ze skurczowym ciśnieniem krwi <95 mm Hg na początku leczenia, 7) choroba układu oddechowego z niewydolnością oddychania (w tym zwłaszcza skłonność do retencji dwutlenku węgla) jako dominująca przyczyna nadciśnienia płucnego, 8) niewydolność lewej komory serca (w tym zwłaszcza z zaklinowanym ciśnieniem w tętnicy płucnej > 15 mmHg) jako dominująca przyczyna nadciśnienia płucnego, 9) brak skuteczności leczenia – jako kryterium wyłączenia.		Osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 2 razy w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy z wyjątkiem sytuacji nadzwyczajnych, w tym zjawisk epidemicznych kiedy dopuszcza się osobiste stawiennictwo w ośrodku prowadzącym terapię nie rzadziej niż 1 raz w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy. 1) Badania nieinwazyjne: a) ocena klasy czynnościowej według NYHA, b) test 6-minutowego marszu, c) oznaczenie NT-pro-BNP. Do monitorowania leczenia można wykorzystać również badania wykonane nie w ramach rutynowej kontroli co 3-6 miesięcy, ale również wykonane w przypadku pogorszenia samopoczucia lub stanu chorego. W tej sytuacji odstęp 3-6 miesięcy do następnych rutynowych badań kontrolnych wymaganych przez program można także liczyć od momentu wspomnianych dodatkowych badań przeprowadzonych w terminie wcześniejszym ze wskazań klinicznych. 2) Badania inwazyjne: Cewnikowanie prawego serca (badanie hemodynamiczne) z oceną ciśnienia w tętnicy płucnej, ciśnienia w prawym przedsionku, ciśnienia zaklinowania, naczyniowego oporu płucnego, pojemności minutowej i saturacji mieszanej krwi żylnej wykonuje się: – na podstawie decyzji lekarza prowadzącego jeżeli obraz kliniczny, przebieg choroby oraz panel badań są niejednoznaczne, – dla celów kwalifikacji do plastyki naczyń płucnych,

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

Załącznik B.75.

LECZENIE AKTYWNEJ POSTACI ZIARNINIAKOWATOŚCI Z ZAPALENIEM NACZYŃ (GPA) LUB MIKROSKOPOWEGO ZAPALENIA NACZYŃ (MPA) (ICD-10 M31.3, M 31.8)

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. **1. Kryteria kwalifikacji:** 1) wiek 18 lat i więcej; 2) rozpoznanie ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowego zapalenia naczyń (MPA); 3) ciężka lub uogólniona postać choroby, czyli choroba przebiegająca z zagrożeniem funkcji zajętych narządów lub z zagrożeniem życia; 4) wysoka aktywność choroby (2.1.); 5) nieskuteczność lub przeciwwskazania do standardowej terapii indukującej remisję (2.2.). Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Do programu można zakwalifikować również pacjentów z innymi niż wymienione postaciami ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń lub mikroskopowego zapalenia naczyń, niezależnie od wartości BVAS i poziomu przeciwciał ANCA, które z uwagi na ciężki przebieg choroby grożą znacznym pogorszeniem stanu zdrowia - po uzyskaniu zgody Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia ziarniniakowatości	Dawkowanie i sposób podawania rytuksymabu – zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. W trakcie i po zakończeniu podawania rytuksymabu zalecane jest stosowanie standardowego leczenia podtrzymującego remisję. Kobiety w wieku rozrodczym powinny stosować skuteczne metody zapobiegania ciąży, zarówno podczas leczenia, jak i w ciągu 12 miesięcy od zakończenia leczenia rytuksymabem. Kobiety nie powinny karmić piersią w trakcie leczenia rytuksymabem oraz 12 miesięcy po jego zakończeniu.	**1. Badania przy kwalifikacji do programu:** 1) określenie poziomu aktywności choroby przy użyciu skali BVAS/WG; 2) badanie ogólne moczu; 3) dobowa proteinuria (jeśli dotyczy); 4) morfologia krwi z rozmazem; 5) OB; 6) aminotransferaza alaninowa (AlAT); 7) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT); 8) białko C-reaktywne (CRP); 9) kreatynina; 10) eGFR; 11) przeciwciała anty-HCV; 12) przeciwciała anty-HBc; 13) obecność antygenu HBs; 14) przeciwciała anty-HIV; 15) przeciwciała przeciw cytoplazmie granulocytów obojętnochłonnych (c-ANCA i p-ANCA); 16) stężenie immunoglobulin: a) IgG, b) IgM, c) IgA; 17) EKG;

z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowego zapalenia naczyń (MPA). **2. Definicje:** **2.1. Wysoka aktywność choroby to:** 1) co najmniej 3 punkty w skali BVAS/WG, w tym występowanie co najmniej 1 objawu dużego aktywnej choroby oraz obecność przeciwciał ANCA (c-ANCA lub p-ANCA) w surowicy lub 2) co najmniej 3 punkty w skali BVAS/WG, obecność przeciwciał ANCA (c-ANCA lub p-ANCA) w surowicy, ciężki stan ogólny chorego w ocenie lekarza oraz konieczność długotrwałego stosowania glikokortykosteroidów (min. 6 miesięcy) w dawce większej jak 10 mg na dobę w przeliczeniu na prednizon, która niesie ze sobą duże ryzyko działań niepożądanych. **2.2. Nieskuteczność terapii standardowej to:** 1) brak poprawy definiowanej jako zmniejszenie aktywności choroby w skali BVAS/WG o co najmniej 50% po 3 miesiącach standardowego leczenia indukcyjnego albo 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, albo 3) wczesny nawrót choroby definiowany jako nawrót dotychczasowych objawów lub wystąpienie nowych potwierdzony wzrostem aktywności choroby w skali BVAS/WG $\geq$ 3 w trakcie pierwszych 6 miesięcy standardowego leczenia podtrzymującego remisję, albo		18) RTG lub TK klatki piersiowej (do 1 miesiąca przed kwalifikacją); 19) Quantiferon w kierunku zakażenia prątkiem gruźlicy. **2. Monitorowanie leczenia rytuksymabem.** **2.1. Pacjenta poddaje się ocenie bezpieczeństwa i skuteczności terapii po 90 i 180 dniach (+/- 14 dni) od rozpoczęcia leczenia rytuksymabem wykonując następujące badania:** 1) badanie ogólne moczu; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) aminotransferaza alaninowa (AlAT); 4) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT); 5) eGFR; 6) kreatynina. **2.2. Oprócz badań wymienionych w pkt 2.1 po 180 dniach (+/- 14 dni) od rozpoczęcia leczenia rytuksymabem należy wykonać następujące badania:** 1) określenie poziomu aktywności choroby przy użyciu skali BVAS/WG; 2) dobowa proteinuria (jeśli dotyczy); 3) OB; 4) białko C-reaktywne (CRP); 5) przeciwciała przeciw cytoplazmie granulocytów obojętnochłonnych (c-ANCA i p-ANCA); 6) stężenie immunoglobulin: a) IgG, b) IgM, c) IgA; 7) EKG; 8) RTG klatki piersiowej lub TK klatki piersiowej (do decyzji lekarza). **3. Badania przy wznowieniu leczenia rytuksymabem:**

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. **2.3. Standardowe leczenie indukujące remisję to:** 1) cyklofosfamid podawany doustnie w dawce 2 mg/kg/dobę (max. 200 mg/dobę) przez 3-6 miesięcy lub 2) cyklofosfamid podawany dożylnie w pulsach po 0,75 g/m^2 powierzchni ciała co 4 tygodnie przez 6 miesięcy, lub 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) - w skojarzeniu z odpowiednimi dawkami glikokortykosteroidów. Dawki cyklofosfamidu mogą być odpowiednio zmodyfikowane w przypadku: a) upośledzenia funkcji nerek lub b) wieku > 60 lat, lub c) polekowej cytopenii. **2.4. Standardowe leczenie podtrzymujące remisję to:** 1) azatiopryna w dawce 2 mg/kg/dobę lub 2) metotreksat w dawce 25 mg/tydzień, lub 3) leflunomid w dawce 20 mg/dobę, lub 4) mykofenolan mofetylu w dawce 3 g/dobę		1) określenie poziomu aktywności choroby przy użyciu skali BVAS/WG; 2) badanie ogólne moczu; 3) dobowa proteinuria (jeśli dotyczy); 4) morfologia krwi z rozmazem; 5) OB; 6) aminotransferaza alaninowa (AlAT); 7) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT); 8) białko C-reaktywne (CRP); 9) kreatynina; 10) eGFR; 11) przeciwciała anty-HCV; 12) obecność antygenu HBs; 13) stężenie immunoglobulin: a) IgG, b) IgM, c) IgA; 14) EKG; 15) RTG lub TK klatki piersiowej (do 3 miesiąca przed podaniem leku). **4. Monitorowanie programu** 1) przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia. Dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom NFZ.

- jeśli nie ma przeciwwskazań i zalecane dawki są dobrze tolerowane; w skojarzeniu z małymi dawkami glikokortykosteroidów (prednizon ≤7,5 mg/dobę). **2.5. Przeciwwskazania do standardowej terapii indukującej remisję to:** 1) nadwrażliwość na cyklofosfamid; 2) udokumentowane działania niepożądane cyklofosfamidu; 3) choroby powodujące zastój w drogach żółciowych; 4) czynne zakażenia; 5) ciąża. **2.6. Adekwatna odpowiedź na leczenie to:** uzyskanie co najmniej niskiej aktywności choroby definiowanej jako występowanie < 3 małych objawów aktywnej choroby ze skali BVAS/WG, odpowiadających na umiarkowane zwiększenie dawki glikokortykosteroidów i niewymagających innej modyfikacji leczenia, stwierdzone podczas wizyty monitorującej skuteczność rytuksymabu po 6 miesiącu terapii. **3. Kryteria włączenia do programu pacjentów leczonych uprzednio w ramach jednorodnych grup pacjentów** Do programu włączani są pacjenci, którzy byli uprzednio leczeni rytuksymabem w ramach hospitalizacji według jednorodnych grup pacjentów (JGP), pod warunkiem, że spełniali kryteria włączenia do programu przed zastosowaniem leku, wykazano w tym czasie skuteczność podawanego leku zgodnie z kryteriami programu i włączenie do programu będzie umożliwiać zachowanie ciągłości leczenia. W przypadku przerwy w leczeniu dłuższej niż 6 miesięcy chory wymaga ponownej kwalifikacji do programu. **4. Kryteria wyłączenia z programu:** 1) brak adekwatnej odpowiedzi na leczenie po 6 miesiącach od podania rytuksymabu;		

2) nadwrażliwość na substancję czynną rytuksymab lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 3) ciąża; 4) okres karmienia piersią; 5) aktywne zakażenie bakteryjne, wirusowe, grzybicze lub pasożytnicze o ciężkim przebiegu; 6) infekcja wirusem HIV; 7) aktywna gruźlica; 8) przewlekłe zapalenie wątroby typu B lub C; 9) zakażenia oportunistyczne w okresie ostatnich 3 miesięcy; 10) znaczne obniżenie odporności, m.in. a) hipogammaglobulinemia (IgG <400 mg/dl), lub b) niedobór IgA (IgA <10 mg/dl); 11) choroba nowotworowa (obecnie lub w okresie ostatnich 5 lat): a) po lub w trakcie leczenia o założeniu paliatywnym niezależnie od kategorii uzyskanej odpowiedzi lub b) po leczeniu o założeniu radykalnym, którym nie uzyskano całkowitej remisji choroby; 12) ciężka niewydolność serca (klasa IV NYHA) lub ciężka, niekontrolowana choroba serca; 13) zaawansowana niewydolność płuc, nerek lub wątroby - niewynikająca z przebiegu GPA/MPA. **5. Kryteria zakończenia leczenia w programie:** uzyskanie adekwatnej odpowiedzi na leczenie po 6 miesiącach od podania rytuksymabu. **6. Kryteria wznowienia leczenia pacjentów w programie:** Pacjent, u którego zakończono leczenie w programie z powodu spełnienia kryteriów adekwatnej odpowiedzi na leczenie, a u którego stwierdzono nawrót choroby (wzrost w skali		

BVAS/WG do wartości co najmniej 3 punktów), jest włączany do programu bez wstępnej kwalifikacji.		

Załącznik B.76.

LECZENIE TYROZYNEMII TYPU 1 (HT-1) ICD-10 E70.2

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji chorych do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się co 6 miesięcy w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. **1. Kryteria kwalifikacji** Do programu kwalifikowani są pacjenci z potwierdzonym rozpoznaniem tyrozynemii typu 1 (HT-1). **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia** 1) wystąpienie nadwrażliwości na nityzynon lub substancję pomocniczą; 2) wystąpienie działań niepożądanych w trakcie stosowania nityzynonu; 3) brak skuteczności leczenia; 4) przeszczepienie wątroby;	**1. Dawkowanie nityzynonu** Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania prowadzone są zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia** 1) oznaczenie profilu kwasów organicznych w moczu metodą chromatografii gazowej sprzężonej ze spektrometrią masową (GC/MS) na obecność bursztynyloacetonu; 2) oznaczenie bursztynyloacetonu w „suchej" kropli krwi metodą tandemowej spektrometrii mas; 3) oznaczenie poziomu alfa-fetoproteiny 4) oznaczenie ilościowe stężenia aminokwasów w osoczu; 5) morfologia krwi, z płytkami krwi; 6) AlAT, AspAT; 7) bilirubina całkowita i frakcje; 8) fosfataza alkaliczna; 9) GGTP; 10) INR; 11) czas protrombinowy; 12) APPT; 13) białko całkowite, albuminy we krwi; 14) gazometria; 15) sód, potas, chlorki we krwi; 16) wapń, fosfor we krwi i moczu; 17) mocznik, kreatynina we krwi; 18) kwas moczowy we krwi i moczu; 19) kreatynina w moczu; 20) USG jamy brzusznej, z oceną wątroby; 21) badanie oczu z użyciem lampy szczelinowej;

5) inne przeciwskazania określone w Charakterystyce Produktu Leczniczego; 6) brak współpracy pacjenta przy realizacji programu.		22) konsultacja dietetyczna. **2. Monitorowanie leczenia** Monitorowanie terapii należy przeprowadzać co 3-6 miesięcy. U pacjentów zaraz po rozpoznaniu tyrozynemii typu 1 (zwłaszcza niemowląt) monitorowanie leczenia przeprowadzane jest co miesiąc. W ramach monitorowania leczenia wykonywane są następujące badania: 1) oznaczenie bursztynyloacetonu w „suchej" kropli krwi metodą tandemowej spektrometrii mas; 2) oznaczenie poziomu alfa-fetoproteiny; 3) oznaczenie ilościowe stężenia aminokwasów w osoczu; 4) morfologia krwi, z płytkami krwi; 5) AlAT, AspAT; 6) bilirubina całkowita i frakcje; 7) fosfataza alkaliczna; 8) GGTP; 9) INR; 10) czas protrombinowy; 11) APPT; 12) białko całkowite, albuminy we krwi; 13) gazometria; 14) sód, potas, chlorki we krwi; 15) wapń, fosfor we krwi i moczu; 16) mocznik, kreatynina we krwi; 17) kwas moczowy we krwi i moczu; 18) kreatynina w moczu; 19) USG jamy brzusznej, z oceną wątroby; 20) badanie oczu z użyciem lampy szczelinowej; 21) konsultacja dietetyczna.

		W przypadku wystąpienia ryzyka raka wątrobowokomórkowego konieczne jest częstsze monitorowanie wraz z wykonaniem rezonansu magnetycznego jamy brzusznej. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.77.

LECZENIE CHORYCH NA CHŁONIAKI CD30+ (C 81; C 84.5)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Leczenie pacjentów z chłoniakiem Hodgkina CD30+ (HL) lub układowym chłoniakiem anaplastycznym z dużych komórek CD30+ (sALCL) przy wykorzystaniu substancji czynnej brentuksymab vedotin **1.1. Kryteria kwalifikacji** 1.1.1. Do leczenia brentuksymabem w ramach programu kwalifikują się pacjenci z potwierdzonym histologicznie chłoniakiem Hodgkina spełniający kryterium 1) albo 2) : 1) **nawrotowy lub oporny na leczenie HL:** a) po autologicznym przeszczepieniu komórek macierzystych szpiku (ang. *autologous stem cell transplantation*, ASCT) lub b) po co najmniej dwóch wcześniejszych terapiach, w przypadku, gdy ASCT lub wielolekowa chemioterapia nie stanowi opcji leczenia albo 2) **chory po ASCT ze zwiększonym ryzykiem nawrotu lub progresji choroby** definiowanym jako występowanie co najmniej jednego z poniższych czynników ryzyka: – oporność na pierwszą linię leczenia – nawrót do 12 miesięcy od zakończenia pierwszej linii leczenia – zajęcie tkanki pozawęzłowej w nawrocie choroby przed ASCT (pierwsza dawka brentuksymabu powinna być podana między 30 a 45 dniem po ASCT)	Zalecana dawka u pacjentów w wieku 18 lat i powyżej wynosi 1,8 mg/kg podawana we wlewie dożylnym trwającym 30 minut co 3 tygodnie. Jeśli masa ciała pacjenta przekracza 100 kg, do obliczenia dawki należy przyjąć 100 kg. Zalecana dawka u pacjentów w wieku poniżej 18 roku życia wynosi 1,8 mg/kg podawana we wlewie dożylnym trwającym 30 minut co 3 tygodnie lub 1,2 mg/kg m.c. (max. 120 mg) co 7 lub 14 dni. Pacjentów należy objąć obserwacją podczas podawania i po podaniu wlewu. Modyfikacja dawki zgodnie z zapisami określonymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Pacjenci, u których nastąpiła stabilizacja choroby lub poprawa stanu powinni otrzymać maksymalnie do szesnastu cykli leczenia (w ciągu około roku).	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia brentuksymabem:** 1) badanie podmiotowe i przedmiotowe; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) aktywność transaminaz (AspAT, AlAT); 4) stężenie kreatyniny; 5) stężenie glukozy; 6) udokumentowanie obecności antygenu CD30 w tkance chłoniaka badaniem immunohistochemicznym; 7) badanie obrazowe: tomografia komputerowa (TK) lub tomografia emisyjna pozytonowa (PET/TK) dokumentująca zmiany: szyi, klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy mniejszej. **2. Badania wykonywane przed każdym podaniem leku** 1) badanie podmiotowe i przedmiotowe; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) stężenie kreatyniny; 4) aktywność transaminaz (AspAT, AlAT); 5) stężenie glukozy. **3. Badanie obrazowe wykonywane po drugim i ósmym cyklu leczenia lub w razie klinicznego podejrzenia progresji lub nawrotu choroby wymagającego potwierdzenia takimi badaniami**

oraz 3) sprawność w stopniu 0-2 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG; 4) nieobecność przeciwskazań do allogenicznego przeszczepienia komórek krwiotwórczych w razie uzyskania odpowiedzi częściowej (dla pkt 1.1.1.1. a i b) 1.1.2. Do leczenia brentuksymabem w ramach programu kwalifikują się pacjenci z potwierdzonym histologicznie **układowym chłoniakiem anaplastycznym z dużych komórek (sALCL)** spełniający poniższe kryteria łącznie: 1) nawrotowy lub oporny na leczenie sALCL; 2) sprawność w stopniu 0-2 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG; 3) nieobecność przeciwskazań do allogenicznego przeszczepienia komórek krwiotwórczych w razie uzyskania odpowiedzi częściowej. **1.2. Określenie czasu leczenia w programie** Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów włączenia i kryteriów zakończenia udziału w programie. U chorych kwalifikowanych do programu wg kryterium 1.1.1.1. b. i odpowiadających na leczenie brentuksymabem vedotin wykonanie ASCT nie wyklucza kontynuacji leczenia brentuksymabem vedotin do sumarycznej liczby 16 cykli. **1.3. Kryteria wyłączenia z udziału w programie:** 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na brentuksymab vedotin lub którykolwiek ze składników preparatu; 2) toksyczność według WHO powyżej 3; 3) progresja choroby podczas leczenia (wg kryteriów zawartych w kol. 3 ust. 4), nie wcześniej niż po dwóch cyklach leczenia;		TK lub PET/TK zmian opisywanych w badaniu kwalifikującym do programu **4. Kryteria odpowiedzi na leczenie** Ocena odpowiedzi na leczenie będzie się odbywała na podstawie: 1) badanie podmiotowe i przedmiotowe; 2) badanie obrazowe – TK lub PET/TK. **4.1. Kryteria odpowiedzi na leczenie (na podstawie *Bruce D. Cheson et al. Recommendations for initial evaluation, staging, and response assessment of Hodgkin and non-Hodgkin lymphoma: the Lugano classification. J Clin Oncol. 2014 Sep 20;32(27):3059-68.):*** 1) całkowita odpowiedź: ustąpienie objawów choroby oraz całkowita regresja zmian chorobowych w badaniu obrazowym lub negatywny wynik badania FDG-PET; 2) częściowa odpowiedź: redukcja wymiarów zmian chorobowych o ≥50% w badaniu obrazowym; 3) stabilizacja choroby: zmiany wymiarów zmian o <50%; 4) progresja choroby: wzrost wymiarów zmian ≥50% lub wystąpienie nowych zmian. **5. Monitorowanie programu** 1) przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych; 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze SMPT, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez oddziały wojewódzkie NFZ, nie rzadziej niż co 3 miesiące oraz na zakończenie leczenia; 3) dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom NFZ.

4) brak częściowej odpowiedzi po ośmiu cyklach leczenia dla pkt 1.1.1.1. a i b oraz 1.1. 2. (nawrotowy lub oporny na leczenie chłoniak Hodgkina oraz sALCL); 5) nawrót choroby w trakcie trwania leczenia; 6) podanie szesnastu cykli leczenia w ciągu około roku; 7) ciąża.		

Załącznik B.79.

LECZENIE PRZEWLEKŁEJ BIAŁACZKI LIMFOCYTOWEJ OBINUTUZUMABEM (ICD 10: C.91.1)

<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:

Do leczenia kwalifikowani są pacjenci ze zdiagnozowaną przewlekłą białaczką limfocytową CD20+ spełniający łącznie wszystkie poniższe kryteria:
1) wiek 18 lat i powyżej;
2) brak wcześniejszego leczenia przewlekłej białaczki limfocytowej;
3) przeciwwskazania (z powodu chorób współistniejących) do leczenia opartego na pełnej dawce fludarabiny;
4) parametry:
a) CrCl (Creatine Clearance): >30ml/min oraz < 70 ml/min lub
b) liczba punktów wg skali CIRS > 6;
5) stan sprawności według WHO: 1;
6) obecność wskazań do rozpoczęcia leczenia wg propozycji International Workshop on Chronić Lymphocytic Leukemia updating (he National Cancer Institute-Working Group (WCLL);
7) ujemny wynik badań na obecność HBsAg i HBcAb, a w przypadku dodatniego wyniku HBsAg lub HBcAb przed rozpoczęciem leczenia konieczna konsultacja przez lekarza hepatologa lub lekarza chorób zakaźnych.

2. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu:</td>
<td>Dawkowanie obinutuzumabu:
1) Cykl 1.
Zalecaną dawkę obinutuzumabu - 1000 mg - podaje się w 1.-2. dniu, 8. dniu i 15. dniu pierwszego 28-dniowego cyklu leczenia.
Do infuzji w 1.-2. dniu cyklu należy przygotować dwie torebki infuzyjne (100 mg na dzień 1. i 900 mg na dzień 2.). Jeżeli podczas podawania pierwszej torebki nie było przerw ani konieczności modyfikacji prędkości podawania, drugą torebkę można podać tego samego dnia (bez konieczności opóźnienia podania), pod warunkiem, że podczas trwania infuzji zapewnione są właściwe warunki, odpowiedni czas i nadzór personelu medycznego. W przypadku jakichkolwiek zmian w prędkości infuzji lub wystąpienia przerw podczas podawania pierwszych 100 mg, drugą torebkę z produktem leczniczym należy podać następnego dnia.

2) Cykl 2 - 6
Zalecaną dawkę obinutuzumabu -1000 mg podaje się w 1. dniu cyklu.

Obinutuzumab stosowany jest w skojarzeniu z chlorambucylem.</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji

1.1 Badania niezbędne do ustalenia rozpoznania przewlekłej białaczki limfocytowej, o ile nie były wykonane wcześniej:
1) badanie na obecność antygenu CD20;
2) morfologia krwi obwodowej ze wzorem odsetkowym;
3) ocena wydolności nerek i wątroby (kreatynina, eGFR, kwas moczowy, AST, ALT, bilirubina całkowita);
4) ocena stopnia zaawansowania klinicznego wg klasyfikacji Rai'a lub Bineta;
5) ocena nasilenia objawów chorób towarzyszących wg skali CIRS.

1.2 Badania przesiewowe w kierunku wirusowego zapalenia wątroby typu B zawierające co najmniej testy w kierunku HBsAg i HBcAb;
1.3 Test ciążowy

2. Monitorowanie leczenia:

Przed każdym podaniem leku:
1) morfologia krwi ze wzrostem odsetkowym;
2) stężenie kreatyniny;
3) stężenie kwasu moczowego;
4) aktywność AST, ALT;
5) stężenie bilirubiny całkowitej.</td>
</tr>
</table>

1) aktywność AST lub ALT przekraczająca ponad 5 razy wartość górnej granicy normy; 2) stężenie bilirubiny przekraczające 3 razy wartość górnej granicy normy; 3) niewydolność co najmniej jednego narządu/układu ocenioną na 4 wg klasyfikacji CIRS, z wyjątkiem zaburzeń oczu, uszu, nosa, gardła i krtani. **3. Określenie czasu leczenia w programie:** Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia. Maksymalny czas leczenia wynosi 6 cykli. **4. Kryteria wyłączenia z programu:** 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na obinutuzumab lub którykolwiek ze składników preparatu lub na białka mysie; 2) progresja choroby w trakcie leczenia; 3) obecność objawów ciężkiego zakażenia; 4) ciąża; 5) rezygnacja pacjenta;		Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona zgodnie z kryteriami zaproponowanymi w Zaleceniach postępowania diagnostycznego i terapeutycznego wg Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej (PTOK), lub Grupy Leczenia Białaczek u Osób Dorosłych Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów (PTHiT PALG). **3. Monitorowanie programu:** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowo przedstawianie na żądanie kontrolerów NFZ; 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: Informacje przekazuje się w formie papierowej i/lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.80.

LECZENIE PODTRZYMUJĄCE OLAPARYBEM CHORYCH NA NAWROTOWEGO PLATYNOWRAŻLIWEGO ZAAWANSOWANEGO RAKA JAJNIKA, RAKA JAJOWODU LUB PIERWOTNEGO RAKA OTRZEWNEJ (ICD-10 C56, C57, C48)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji: 1) histologiczne rozpoznanie surowiczego raka jajnika o niskim stopniu zróżnicowania (ang. high grade, G2 lub G3), raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej; 2) obecność mutacji w genie BRCA1 i/lub w BRCA2 (dziedzicznej i (lub) somatycznej); 3) chore platynowrażliwe (nawrót w okresie > 6 miesięcy od zakończenia leczenia pochodnymi platyny); 4) chore, które otrzymały co najmniej dwie linie leczenia schematami chemioterapii zawierającymi pochodne platyny (np. karboplatynę, cisplatynę); 5) obiektywna odpowiedź na leczenie po ostatnim schemacie leczenia zawierającym pochodne platyny (odpowiedź całkowita lub częściowa wg kryteriów RECIST); 6) stan sprawności ogólnej w stopniach 0-2 według klasyfikacji ECOG; 7) wiek powyżej 18 roku życia; 8) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem:	Leczenie olaparybem powinien rozpoczynać i nadzorować lekarz doświadczony w stosowaniu przeciwnowotworowych produktów leczniczych. <u>Dawkowanie</u> Zalecana dawka olaparybu wynosi 400 mg (osiem kapsułek) dwa razy na dobę, co odpowiada całkowitej dawce dobowej 800 mg. Chore powinny rozpocząć leczenie olaparybem nie później niż 8 tygodni po podaniu ostatniej dawki leków w schemacie zawierającym pochodne platyny. Zaleca się kontynuowanie leczenia do czasu wystąpienia progresji choroby podstawowej. <u>Dostosowanie dawkowania</u> Stosowanie leku można przerwać w celu opanowania działań niepożądanych takich jak nudności, wymioty, biegunka i niedokrwistość; można również rozważyć zmniejszenie dawki leku.	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia olaparybem:** 1) potwierdzenie uzyskania obiektywnej odpowiedzi na leczenia schematem chemioterapii zawierającym pochodne platyny zastosowanym w fazie nawrotu (odpowiedź całkowita lub częściowa wg kryteriów RECIST): a) badanie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego jamy brzusznej i miednicy oraz innych okolic ciała w zależności od wskazań klinicznych; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenie w surowicy stężenia: a) kreatyniny; b) bilirubiny; 4) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT); 5) test ciążowy (u kobiet w okresie prokreacyjnym, u których nie wykonano radykalnego wycięcia narządu rodnego); 6) oznaczenie stężenia CA125; 7) inne badania w razie wskazań klinicznych.

a) stężenie hemoglobiny większe lub równe 10,0 g/dl; b) liczba leukocytów większa lub równa 3,0 x 10^9/l; c) bezwzględna liczba neutrofilów większa lub równa 1,5 x 10^9/l; d) liczba płytek krwi większa lub równa 100 x 10^9/l; 9) wskaźniki czynności wątroby i nerek: a) stężenie całkowitej bilirubiny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem chorych z zespołem Gilberta); b) aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczająca 2,5-krotnie górnej granicy normy (5-krotnie u chorych z przerzutami do wątroby); c) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy; 10) wykluczenie ciąży. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **1.1. Określenie czasu leczenia w programie:** Leczenie do czasu wystąpienia progresji choroby podstawowej (wg RECIST). **1.2. Kryteria wyłączenia z programu:**	Zalecana dawka zredukowana wynosi 200 mg dwa razy na dobę (co odpowiada całkowitej dawce dobowej 400 mg). W przypadku, gdy konieczna jest dalsza redukcja dawki, można rozważyć jej zmniejszenie do 100 mg dwa razy na dobę (co odpowiada całkowitej dawce dobowej 200 mg). Sposób podawania Olaparyb jest przeznaczony do podawania doustnego. Olaparyb należy przyjmować co najmniej jedną godzinę po posiłku i powstrzymać się od jedzenia przez co najmniej dwie godziny od przyjęcia leku. Modyfikacje dawkowania oraz rytmu podawania leków zgodnie z zapisami odpowiednich Charakterystyk Produktów Leczniczych.	**2. Monitorowanie leczenia olaparybem:** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia w surowicy: a) kreatyniny; b) bilirubiny; 3) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT); 4) inne badanie w razie wskazań klinicznych. Badania wykonuje się co 1 miesiąc. **3. Monitorowanie skuteczności leczenia olaparybem:** 1) badanie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego jamy brzusznej i miednicy oraz innych okolic ciała w zależności od wskazań klinicznych; 2) oznaczenie stężenia CA125; 3) inne badania w razie wskazań klinicznych. Badania tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego wykonuje się: 1) w trakcie leczenia olaparybem, nie rzadziej niż co 3 miesiące; 2) przy wzroście stężenia CA125 - stwierdzonym w dwóch kolejnych oznaczeniach - przekraczającym 2-krotną wartości

1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na olaparyb lub na którąkolwiek substancję pomocniczą wymienioną w punkcie 6.1 ChPL; 2) progresja choroby podstawowej w trakcie leczenia (wg RECIST); 3) długotrwałe działania niepożądane w stopniu ≥ 3 według klasyfikacji NCI CTC; 4) karmienie piersią podczas leczenia oraz 1 miesiąc po przyjęciu ostatniej dawki leku.		nadiru (u chorych z wartością wyjściową poza zakresem normy) lub 2-krotnie górną granicę normy; 3) w razie wskazań klinicznych. Badanie stężenia CA125 wykonuje się nie rzadziej niż co 1 miesiąc. Oceny skuteczności leczenia dokonuje się zgodnie z kryteriami RECIST. **4. Monitorowanie programu:** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej chorej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.81.

LECZENIE MIELOFIBROZY PIERWOTNEJ ORAZ MIELOFIBROZY WTÓRNEJ W PRZEBIEGU CZERWIENICY PRAWDZIWEJ I NADPŁYTKOWOŚCI SAMOISTNEJ (ICD-10 D47.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Leczenie powiększenia śledziony związanego z chorobą lub objawów występujących u dorosłych pacjentów z pierwotnym włóknieniem szpiku (znanym zarówno jako przewlekłe idiopatyczne włóknienie szpiku), włóknieniem szpiku poprzedzonym czerwienicą prawdziwą lub włóknieniem szpiku poprzedzonym nadpłytkowością samoistną. **1. Kryteria kwalifikacji** 1.1 Rozpoznanie: a) pierwotnej mielofibrozy (PMF) lub b) mielofibrozy w przebiegu czerwienicy prawdziwej (Post-PV MF), lub c) mielofibrozy w przebiegu nadpłytkowości samoistnej (Post-ET MF) – zgodnie z kryteriami Światowej Organizacji Zdrowia z roku 2008 oraz IWGMRT (do rozpoznania wymagany jest wynik badania morfologii krwi obwodowej z rozmazem ocenionym mikroskopowo oraz wynik trepanobiopsji szpiku); 1.2 Pacjenci z grupy ryzyka: a) pośredniego – 2 lub b) wysokiego – wg IPSS (ang. International Prognostic Scoring System);	**1. Dawkowanie ruksolitynibu:** Dawkowanie leku odbywa się zgodnie z zasadami określonymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia ruksolitynibem** 1.1 badanie podmiotowe i przedmiotowe ze szczególnym uwzględnieniem: a) oceny wielkości śledziony, b) masy ciała, c) 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); 1.2 morfologia krwi z rozmazem ocenionym mikroskopowo; 1.3 aktywność transaminaz wątrobowych; 1.4 stężenie bilirubiny; 1.5 stężenie kreatyniny w surowicy; 1.6 trepanobiopsja szpiku, jeżeli nie była wykonana w okresie 6 miesięcy przed kwalifikacją;

1.3 Splenomegalia (powiększenie śledziony ≥5 cm poniżej lewego łuku żebrowego) w badaniu palpacyjnym oraz w badaniu ultrasonograficznym; 1.4 Pacjenci z liczbą płytek krwi > 50 tysięcy/µl; 1.5 Wystąpienie co najmniej 2 z 6 poniżej wymienionych objawów ogólnych ocenianych w skali MPN-SAF TSS: a) poty nocne (≥4 pkt), b) utrata masy ciała (>10% w okresie ostatnich 6 miesięcy) (≥4 pkt), c) gorączka o nieznanej etiologii (>37,5°C) (≥4 pkt), d) bóle kostne(≥4 pkt), e) świąd (≥4 pkt), f) zmęczenie (≥4 pkt); 1.6 Wiek: 18 lat i więcej; 1.7 Stan sprawności: a) od 0 do 2, oceniany wg Eastern Cooperative Oncology Group lub b) od 1- 2 wg WHO – w momencie włączenia do programu; 1.8 Brak wcześniejszej splenektomii; 1.9 Pacjenci bez współistniejących ciężkich chorób systemowych w zakresie układu sercowo-naczyniowego, nerek, wątroby – upośledzających istotnie stan ogólny pacjenta oraz ciężkich zakażeń bakteryjnych, wirusowych i grzybiczych; 1.10 Adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi: a) wyniki badań czynności wątroby: — stężenie bilirubiny całkowitej nieprzekraczające 2- krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem pacjentów z zespołem Gilberta), — aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczające 2,5-krotnie górnej granicy normy, b) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.		1.7 USG jamy brzusznej z oceną wymiarów śledziony. **2. Monitorowanie leczenia ruksolitynibem:** 2.1. badanie podmiotowe i przedmiotowe ze szczególnym uwzględnieniem: a) oceny wielkości śledziony, b) masy ciała, c) objawów ogólnych ocenianych przy użyciu formularza MPN-SAF TSS: — poty nocne (≥4 pkt), — utrata masy ciała (>10% w okresie ostatnich 6 miesięcy) (≥4 pkt), — gorączka o nieznanej etiologii (>37,5°C) (≥4 pkt), — bóle kostne (≥4 pkt), — świąd (≥4 pkt), — zmęczenie (≥4 pkt); 2.2. morfologia krwi; 2.3. aktywność transaminaz wątrobowych; 2.4. stężenie bilirubiny; 2.5. stężenie kreatyniny w surowicy; 2.6. USG jamy brzusznej z oceną wymiarów śledziony. Częstość wykonywania badań: 1) morfologia krwi i parametry biochemiczne: a) co 2-4 tygodnie – do czasu ustabilizowania dawki ruksolitynibu, a następnie w zależności od wskazań klinicznych oraz zgodnie z zasadami określonymi w ChPL; b) co 1-2 tygodnie przez 6 tygodni lub do czasu ustabilizowania funkcji wątroby – u pacjentów z niewydolnością wątroby; 2) wszystkie badania kontrolne:

2. Określenie czasu leczenia w programie: Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu (+ dodatkowe 28 dni na odstawienie leku), zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 3.1 Brak lub utrata odpowiedzi po leczeniu rozumiane jako: a) brak jakiegokolwiek zmniejszenia w badaniu przedmiotowym powiększonej w momencie kwalifikacji śledziony – po 3 miesiącach leczenia, b) brak zmniejszenia w badaniu USG powiększonej w momencie kwalifikacji śledziony, o co najmniej 25 % długości jej wyjściowego powiększenia (powyżej normy w danym ośrodku) – po 6 miesiącach leczenia lub c) pojawienie się nowych lub nasilenie wyjściowych objawów ogólnych związanych z chorobą, wymienionych w kryteriach kwalifikacji do programu, ocenianych w skali MPN-SAF TSS – po: — 3 miesiącach leczenia lub — 6 miesiącach leczenia, lub — każdych kolejnych 6 miesiącach leczenia; 3.2 Nieakceptowalna toksyczność, nieustępująca pomimo redukcji dawki leku i przerw w leczeniu według zasad określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego; 3.3 Transformacja w ostrą białaczkę; 3.4 Utrata uzyskanej odpowiedzi na terapię po każdych 6 miesiącach leczenia.		a) po 3 miesiącach leczenia, następnie b) po 6 miesiącach leczenia, następnie c) nie rzadziej niż po każdych kolejnych 6 miesiącach leczenia. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawienie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.82.

LECZENIE PACJENTÓW Z CIĘŻKĄ, AKTYWNĄ POSTACIĄ SPONDYLOARTROPATII (SpA) BEZ ZMIAN RADIOGRAFICZNYCH CHARAKTERYSTYCZNYCH DLA ZZSK (ICD-10 M46.8)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
A. Kryteria kwalifikacji 1. Podczas pierwszej kwalifikacji do programu oraz gdy jest to wskazane w opisie programu, udział pacjenta w programie wymaga uzyskania akceptacji za pośrednictwem aplikacji SMPT przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Do czasu aktualizacji aplikacji SMPT, dopuszcza się udział pacjenta w programie na podstawie akceptacji Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, uzyskanej w inny sposób niż za pośrednictwem aplikacji SMPT. Ponadto, gdy jest to zaznaczone w opisie programu, udział pacjenta może wymagać uzyskania indywidualnej zgody Zespołu, o którym mowa powyżej. 2. Do programu kwalifikuje się pacjentów: 2.1. z przewlekłym bólem krzyża trwającym > 3 miesięcy i pojawieniem się objawów przed 45 r.ż., z obecnym zapaleniem stawów krzyżowo-biodrowych w badaniu rezonansu magnetycznego (MR) bez klasycznych zmian radiograficznych w stawach krzyżowo-biodrowych obserwowanych na zdjęciach RTG lub obecnym antygenem HLA B27 z ustalonym rozpoznaniem spondyloartropatii osiowej oraz pacjentów z zapaleniem stawów obwodowych lub przyczepów ścięgnistych z rozpoznaniem spondyloatropatii obwodowej na podstawie kryteriów klasyfikacyjnych SpA wg ASAS oraz	**Dawkowanie** 1. Certolizumab pegol i etanercept należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ASAS, w tym możliwości zmniejszenia dawki leku lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami u pacjentów, u których uzyskano cel terapii. 2. U pacjentów z zapaleniem stawów obwodowych należy rozważyć łączne stosowanie certolizumabu pegol z metotreksatem lub sulfasalazyną w skutecznych klinicznie i dobrze tolerowanych dawkach.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) oznaczenie antygenu HLA B27 kiedykolwiek w przeszłości; 2) morfologia krwi; 3) płytki krwi (PLT); 4) odczyn Biernackiego (OB); 5) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT); 6) aminotransferaza alaninowa (AlAT); 7) stężenie kreatyniny w surowicy; 8) stężenie białka C-reaktywnego (CRP); 9) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza); 10) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon; 11) obecność antygenu HBs; 12) przeciwciała anty-HCV; 13) obecność antygenu wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo); 14) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją); 15) EKG z opisem; 16) badanie obrazowe RTG stawów krzyżowo-biodrowych;

z aktywną i ciężką postacią choroby, która musi być udokumentowana dwukrotnie w odstępie przynajmniej 4 tygodni, przy braku zmian leczenia w tym okresie: 1) przy dominujących objawach ze strony kręgosłupa (postać osiowa) mimo stosowania co najmniej dwóch niesteroidowych leków przeciwzapalnych stosowanych kolejno przez co najmniej 4 tygodnie każdy (podawanych w różnym czasie) w maksymalnej rekomendowanej lub tolerowanej przez pacjenta dawce; 2) przy dominujących objawach ze strony stawów obwodowych (postać obwodowa) pomimo leczenia dwoma syntetycznymi, konwencjonalnymi lekami modyfikującymi postęp choroby: a) sulfasalazyna w dawce 2-3g/dobę lub maksymalnej tolerowanej; b) metotreksat w dawce 25mg/tydzień lub maksymalnej tolerowanej; przez okres minimum 4miesięcy każdym oraz po niepowodzeniu leczenia co najmniej jednym wstrzyknięciem dostawowym glikokortykosteroidów; 3) przy zapaleniu ścięgien (postać obwodowa) pomimo stosowania co najmniej dwóch niesteroidowych leków przeciwzapalnych kolejno przez co najmniej 4 tygodnie każdy (podawanych w różnym czasie) w maksymalnej rekomendowanej lub tolerowanej przez pacjenta dawce lub co najmniej jednokrotnego miejscowego podania glikokortykosteroidów. lub 2.2. z ustalonym rozpoznaniem spondyloartropatii osiowej (SpA) bez zmian radiograficznych, wcześniej leczonych biologicznie w programie „Leczenie inhibitorami TNF alfa świadczeniobiorców z ciężką, aktywną postacią zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK) (ICD-10 M 45)", u których wystąpił brak skuteczności leczenia w trakcie terapii jednym inhibitorem TNF alfa lub wystąpiły działania niepożądane w trakcie terapii maksymalnie dwoma inhibitorami TNF alfa i którzy obecnie spełniają pozostałe kryteria kwalifikacyjne do niniejszego programu lekowego. 3. Aktywną postać choroby stwierdza się, gdy spełnione są poniższe kryteria: 3.1. w postaci osiowej przy dominujących objawach ze strony kręgosłupa: 1) wartość wskaźnika BASDAI ≥ 4 lub ASDAS ≥ 2,1 w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni;		17) MR stawów krzyżowo-biodrowych. **2. Monitorowanie leczenia** 1) Po 90 dniach (±28 dni) i 180 dniach (±28 dni) od pierwszego podania substancji czynnej należy wykonać: a) morfologię krwi; b) odczyn Biernackiego (OB); c) stężenie białka C-reaktywnego (CRP); d) stężenie kreatyniny w surowicy; e) AspAT i AlAT oraz dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii. Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe badania powtarzać po każdych kolejnych 180 dniach (±28 dni). **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

2) ból kręgosłupa ≥ 4 oceniony za pomocą wizualnej skali analogowej VAS od 0 do 10 cm w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni; 3) ogólna ocena stanu choroby (aktywności, ciężkości i dalszej prognozy choroby oraz aktywności zawodowej) większa niż 5 cm na skali od 0 do 10 cm: a) ocena ta powinna być dokonana przez lekarza prowadzącego oraz drugiego lekarza – eksperta, specjalistę reumatologa, doświadczonego w leczeniu chorób z kręgu spondyloartropatii zapalnych lekami biologicznymi; b) w ocenie eksperta uwzględnia się: – obraz kliniczny choroby, – czynniki ryzyka szybkiej progresji choroby, – wyniki badania wskaźników ostrej fazy, – wyniki badań obrazowych, – status aktywności zawodowej, – występowanie powikłań narządowych, w tym wtórnej amyloidozy, – współistnienie zapalenia przyczepów ścięgnistych, zajęcia narządu wzroku z częstymi zaostrzeniami zapalenia błony naczyniowej, możliwości alternatywnych sposobów leczenia; c) ocena przez lekarza eksperta jest prowadzona jednokrotnie po drugim pomiarze wartości BASDAI lub ASDAS; 3.2. w postaci obwodowej przy dominujących objawach ze strony stawów obwodowych i/lub przyczepów ścięgnistych: 1) liczba obrzękniętych stawów i/lub zapalnie zmienionych przyczepów ścięgnistych (spośród ścięgien Achillesa oraz rozcięgien podeszwowych) – co najmniej 5łącznie – w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni oraz 2) liczba tkliwych stawów i/lub przyczepów ścięgnistych (spośród ścięgien Achillesa oraz rozcięgien podeszwowych)– co najmniej 5łącznie - w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni oraz 3) ogólna ocena aktywności choroby przez pacjenta odpowiadająca wartości 4 lub 5 w pięciostopniowej skali Likerta oraz		

4) ogólna ocena aktywności choroby przez lekarza prowadzącego odpowiadająca wartości 4 lub 5 w pięciostopniowej skali Likerta oraz 5) ogólna ocena stanu choroby (aktywności, ciężkości i dalszej prognozy choroby oraz aktywności zawodowej), dokonana jednokrotnie po drugim pomiarze ilości zajętych stawów i przyczepów ścięgnistych przez lekarza prowadzącego oraz drugiego lekarza – eksperta, specjalistę reumatologa, doświadczonego w leczeniu chorób z kręgu spondyloartropatii zapalnych lekami biologicznymi – więcej niż5 cm na skali od 0 do 10 cm, przy czym w ocenie eksperta uwzględnia się: a) obraz kliniczny choroby, b) czynniki ryzyka szybkiej progresji choroby, c) wyniki badania wskaźników ostrej fazy, d) wyniki badań obrazowych, e) status aktywności zawodowej, f) występowanie powikłań narządowych, w tym wtórnej amyloidozy, g) współistnienie zapalenia przyczepów ścięgnistych, zajęcia narządu wzroku z częstymi zaostrzeniami zapalenia błony naczyniowej, możliwości alternatywnych sposobów leczenia. 4. W przypadkach, w których pacjentowi grozi kalectwo lub zagrożone jest jego życie, decyzją Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, pacjent może być zakwalifikowany do leczenia biologicznego w przypadku niespełnienia części kryteriów opisanych w programie, jeśli leczenie jest zgodne z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami oraz wiedzą medyczną. 5. W przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, którym odbywa się leczenie biologiczne. **B. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do kwalifikacji do programu** Przeciwwskazania do udziału w programie wynikają z przeciwwskazań do stosowania określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego substancji		

czynnej ujętej w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ASAS. **C. Adekwatna odpowiedź na leczenie** 1. w przypadku postaci osiowej: a) po 3 miesiącach (±28dni) terapii zmniejszenie wartości BASDAI ≥ 50% lub ≥ 2 jednostki albo zmniejszenie wartości ASDAS o 50% lub ≥ 1,1 jednostki w stosunku do wartości sprzed leczenia, b) po 6 miesiącach (±28dni) terapii uzyskanie niskiej aktywności choroby mierzonej wartością BASDAI < 3 albo ASDAS < 1,3; 2. w przypadku postaci obwodowej: a) po 3 miesiącach (±28 dni) terapii zmniejszenie o co najmniej 30% w stosunku do wartości sprzed leczenia łącznej liczby zajętych stawów i przyczepów ścięgnistych oraz zmniejszenie aktywności choroby wg skali Likerta o co najmniej jedną jednostkę, zarówno w ocenie chorego, jak i lekarza, b) po 6 miesiącach (±28 dni) 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. **D. Kryteria i warunki zamiany terapii na inną** 1. Zmiana terapii na leczenie inną, wymienioną w programie substancją czynną, możliwa jest tylko w następujących sytuacjach: a) wystąpienie ciężkiej reakcji uczuleniowej na substancję czynną lub pomocniczą lub b) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub c) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na zastosowaną substancję czynną zgodnie z pkt C lub utrata adekwatnej odpowiedzi stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących.		

2. W ramach programu lekowego dotyczącego leczenia SpA nie jest możliwe zastosowanie więcej niż dwóch inhibitorów TNF alfa w przypadku postaci osiowej (certolizumab pegol, etanercept) oraz nie więcej niż jednego inhibitora TNF alfa w przypadku postaci obwodowej (certolizumab pegol) 3. W ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie. 4. Kwalifikacja pacjenta do drugiego leku w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem. **E. Kryteria wyłączenia z programu** 1. brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt C; 2. utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt. C stwierdzony w trakcie dwóch wizyt monitorujących; 3. niska aktywność choroby w postaci osiowej lub obwodowej zgodnie z pkt C ppkt 1b) lub 2b), która utrzymuje się nieprzerwanie przez okres 12-15 miesięcy; 4. wystąpienie działań niepożądanych, które w opinii lekarza prowadzącego oraz zgodnie z Charakterystyką produktu Leczniczego, którym prowadzona jest terapia, są przeciwwskazaniami do leczenia daną substancją czynną. **F. Czas leczenia w programie** 1. Kryteria kwalifikacji i wyłączenia z programu o,kreślają czas leczenia w programie. 2. Czas leczenia daną substancją czynną w ramach programu nie może być dłuższy niż 18 miesięcy przy pierwszym podawaniu leku biologicznego, z zastrzeżeniem pkt G niniejszego programu. 3. W przypadku istotnej czasowej przerwy w leczeniu daną substancją czynną, schemat monitorowania ulega modyfikacji z uwzględnieniem okresu przerwy w podawaniu leku. 4. Jeśli u chorego zaprzestano podawania leku z powodu uzyskania niskiej aktywności choroby i doszło u niego do nawrotu aktywnej choroby w okresie poniżej 12 tygodni, wtedy decyzja o długości leczenia, dawkowaniu i		

częstości podawania leku biologicznego po nawrocie i ponownym uzyskaniu niskiej aktywności choroby, należy do lekarza prowadzącego. 5. Lekarz prowadzący może zwrócić się do Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych o wyrażenie zgody na kontynuację leczenia daną substancją czynną w . uzasadnionych sytuacjach klinicznych w przypadku nieuzyskania przez chorego niskiej aktywności choroby zgodnie z pkt C ppkt 1b) lub 2b), szczególnie u pacjentów z wyjściową bardzo dużą aktywnością choroby lub występowaniem czynników złej prognozy. Bez zgody Zespołu Koordynacyjnego dalsze leczenie daną substancją czynną w przypadku braku uzyskania niskiej aktywności choroby po 6 miesiącach terapii nie jest możliwe. **G. Kryteria ponownego włączenia do programu** 1. Pacjent, u którego zakończono leczenie w ramach programu substancją czynną leku biologicznego zastosowaną zgodnie z zapisami programu z powodu uzyskania niskiej aktywności choroby i u którego w trakcie badania kontrolnego stwierdzono nawrót aktywnej choroby zgodny z kryteriami udziału w programie, jest włączany do leczenia w ramach programu bez kwalifikacji. 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.84.

LENALIDOMID W LECZENIU PACJENTÓW Z ANEMIĄ ZALEŻNĄ OD PRZETOCZEŃ W PRZEBIEGU ZESPOŁÓW MIELODYSPLASTYCZNYCH O NISKIM LUB POŚREDNIM-1 RYZYKU, ZWIĄZANYCH Z NIEPRAWIDŁOWOŚCIĄ CYTOGENETYCZNĄ W POSTACI IZOLOWANEJ DELECJI 5q (D46)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji do leczenia lenalidomidem Do programu kwalifikowani są pacjenci w wieku 18 lat i powyżej, z anemią zależną od przetoczeń (brak 8 kolejnych tygodni bez transfuzji w ciągu 16 tygodni przed kwalifikacją do programu) w przebiegu zespołów mielodysplastycznych o niskim lub pośrednim-1 ryzyku, związanych z nieprawidłowością cytogenetyczną w postaci izolowanej delecji 5q, jeżeli inne sposoby leczenia są niewystarczające lub niewłaściwe. Ponadto do programu lekowego, w celu zapewnienia kontynuacji terapii, są kwalifikowani pacjenci z anemią zależną od przetoczeń w przebiegu zespołów mielodysplastycznych o niskim lub pośrednim-1 ryzyku, związanych z nieprawidłowością cytogenetyczną w postaci izolowanej delecji 5q, leczeni lenalidomidem w ramach innego sposobu finansowania terapii do czasu zakontraktowania przedmiotowego programu przez oddziały NFZ. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami zakończenia udziału w programie.	**1. Dawkowanie:** Zalecana dawka początkowa lenalidomidu: 10 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21 w powtarzanych 28 - dniowych cyklach. U chorych z niewydolnością nerek dawka początkowa lenalidomidu powinna być zgodna z zaleceniami Charakterystyki Produktu Leczniczego. UWAGA: Dawkowanie lenalidomidu kontynuuje się lub modyfikuje (dawkę leków lub rytm podawania w cyklu) na podstawie obserwacji klinicznych i wyników laboratoryjnych zgodnie z zaleceniami zawartymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Maksymalna dawka lenalidomidu w jednym cyklu leczniczym nie może być wyższa niż 210 mg.	**1. Badania dodatkowe przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi; 2) AspAT, AlAT; 3) stężenie bilirubiny; 4) stężenie kreatyniny; 5) klirens kreatyniny Badania winny być wykonane w ciągu nie więcej niż 4 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia. W dniu kwalifikacji i nie wcześniej niż 7 dni przed wydaniem leku pacjentkom mogącym zajść w ciążę należy wykonać test ciążowy o czułości min. 25mlU/ml. **2. Monitorowanie leczenia** Badania kontrolne, w szczególności morfologia krwi i test ciążowy o czułości min. 25mlU/ml u pacjentek mogących zajść w ciążę, powinny być wykonywane przed każdym cyklem leczenia zgodnie z zaleceniami Charakterystyki Produktu Leczniczego. Zaleca się wykonanie badania morfologii krwi dwa tygodnie po rozpoczęciu terapii. Co 6 miesięcy: badanie cytogenetyczne. **3. Monitorowanie programu:**

3. Kryteria niepozwalające na zakwalifikowanie do programu ze względu na bezpieczeństwo 1) bezwzględna liczba neutrofili <0,5x10^9/l lub liczba płytek krwi <25x10^9/l; 2) ciąża; 3) niemożność stosowania się do programu zapobiegania ciąży (dotyczy kobiet i mężczyzn); 4) nadwrażliwość na lenalidomid lub którąkolwiek substancję pomocniczą. **4. Kryteria zakończenia udziału w programie** 1) brak co najmniej minimalnej odpowiedzi ze strony komórek erytroidalnych po 4 cyklach leczenia, tj. zmniejszenia o co najmniej 50% zapotrzebowania na transfuzje w odniesieniu do ilości przetoczeń wykonanych w okresie 16 tygodni poprzedzających włączenie pacjenta do programu; 2) ponowne uzależnienie od przetoczeń kkcz lub wzrost zapotrzebowania na przetoczenia kkcz; 3) wystąpienie toksyczności na nieakceptowalnym poziomie, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego; 4) progresja choroby podstawowej (MDS); 5) ciąża.		1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.85.

LECZENIE PACJENTÓW Z PRZERZUTOWYM GRUCZOLAKORAKIEM TRZUSTKI (ICD-10 C 25.0, C 25.1, C 25.2, C 25.3, C 25.5, C 25.6, C 25.7, C 25.8, C 25.9)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji do programu Do leczenia w pierwszej linii nanocząsteczkowym kompleksem paklitakselu z albuminą w skojarzeniu z gemcytabiną do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający wszystkie niżej wymienione kryteria: 1) rozpoznanie przerzutowego gruczolakoraka trzustki w stadium uogólnienia, potwierdzone histologicznie lub cytologicznie (leczenie nie dotyczy chorych z rozpoznaniem nowotworu wysp trzustkowych); 2) stopień sprawności według skali Karnofsky'ego – 70 lub więcej; 3) wiek 18 lat lub powyżej; 4) wcześniejsze niestosowanie chemioterapii o paliatywnym założeniu (leczenie w sytuacji uogólnienia choroby); 5) brak możliwości zastosowania chemioterapii według schematu FOLFIRINOX; 6) obecność zmian nowotworowych możliwych do zmierzenia; 7) prawidłowe wskaźniki czynności wątroby i nerek: a) stężenie bilirubiny mniejsze lub równe 1,5 raza górnej granicy wartości prawidłowych, b) stężenie kreatyniny mniejsze lub równe górnej granicy wartości prawidłowych;	**1. Dawkowanie** Lek zawierający nanocząsteczkowy kompleks paklitakselu z albuminą jest stosowany w skojarzeniu z gemcytabiną. Dawkowanie nanocząsteczkowego kompleksu paklitakselu z albuminą oraz gemcytabiny w leczeniu skojarzonym prowadzone jest zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) TK brzucha i miednicy; 2) RTG lub TK klatki piersiowej; 3) TK innej lokalizacji, w zależności od umiejscowienia przerzutów; 4) morfologia krwi; 5) poziom AspAT i AlAT; 6) stężenie bilirubiny; 7) stężenie kreatyniny; 8) EKG. Badania przy kwalifikacji winny być wykonywane w okresie nie dalszym niż 2 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia w programie za wyjątkiem badania TK, które może być wykonywane w okresie do 4 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia w programie. **2. Monitorowanie leczenia** 1) przed każdym podaniem leku w programie wykonuje się następujące badania: a) morfologia krwi;

8) wartość stężenia hemoglobiny – 10 g/dl lub większa. Do programu lekowego, w celu zapewnienia kontynuacji terapii, kwalifikowani są pacjenci z przerzutowym gruczolakorakiem trzustki, leczeni *Paclitaxelum albuminatum* w ramach innego sposobu finansowania terapii do czasu zakontraktowania przedmiotowego programu przez oddziały NFZ. **2. Kryteria niepozwalające na zakwalifikowanie do programu** Do programu nie mogą zostać zakwalifikowani pacjenci w przypadku wystąpienia co najmniej jednego z następujących kryteriów: 1) liczba neutrofili mniejsza niż 1500 w mm^3 lub liczba płytek krwi mniejsza niż 100 000 w mm^3; 2) ciąża; 3) laktacja. **3. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie w programie trwa do czasu wystąpienia kryteriów zakończenia udziału w programie. Czasowe przerwanie leczenia następuje w przypadkach określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego. **4. Kryteria zakończenia udziału w programie** Z programu wyłączani są pacjenci w przypadku wystąpienia co najmniej jednego z niżej wymienionych kryteriów: 1) progresja zmian mierzalnych ustalona według kryteriów RECIST na podstawie wyników badań obrazowych; 2) brak zadowalającej tolerancji leczenia (obecność niepożądanych działań w stopniach 3. lub 4.) mimo maksymalnego zredukowania dawki nanocząsteczkowego kompleksu		b) poziom AspAT i AlAT; c) stężenie bilirubiny; d) stężenie kreatyniny; oraz dokonuje się oceny neurologicznej pacjenta; 2) co 2 cykle leczenia wykonuje się: a) TK brzucha i miednicy lub MR jamy brzusznej; b) RTG lub TK klatki piersiowej; c) TK innej lokalizacji, w zależności od potrzeby klinicznej tj. umiejscowienia zmian przerzutowych; d) w szczególnych, uzasadnionych klinicznie przypadkach, wykonuje się badanie PET/CT. 3) EKG w zależności od wskazań klinicznych. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

paklitakslu z albuminą i gemcytabiny zgodnie z zaleceniami właściwych Charakterystyk Produktów Leczniczych, które zostało przeprowadzone w związku z wystąpieniem działań niepożądanych; 3) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą.		

Załącznik B.86.

LECZENIE WRODZONYCH ZESPOŁÓW AUTOZAPALNYCH (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 powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o analizę dokumentacji nadesłanej przez świadczeniodawcę. **1. Kryteria kwalifikacji do leczenia w programie** Wrodzone zespoły autozapalne: a) okresowe zespoły zależne od kriopiryny (CAPS, ang. Cryopyrin-Associated Periodic Syndromes), w tym: a. noworodkowa zapalna choroba wieloukładowa (NOMID, ang. Neonatal-Onset Multisystem InflammatoryDisease), inna nazwa: przewlekły niemowlęcy zespół neurologiczno-skórno-stawowy (CINCA, ang. Chronic Infantile Neurological, Cutaneous, Articular Syndrome), b. zespół Muckle-Wellsa (MWS, ang. Muckle-Wells Syndrome),	**1. Dawkowanie** Dawkę anakinry należy dostosować indywidualnie dla danego pacjenta zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji** **1.1. Badania obowiązkowe** a) OB, CRP, surowiczy amyloid (SAA), prokalcytonia, ferrytyna; b) morfologia krwi pełna z rozmazem; c) układ krzepnięcia: APTT, INR, D-dimery, fibrynogen; d) próby wątrobowe: AlAT, AspAT,GGTP; e) kreatynina, mocznik w surowicy, klirens kreatyniny; f) albuminy, proteinogram; g) ocena ciśnienia tętniczego; h) badanie ogólne moczu; i) badania serologiczne w kierunku zakażeń HBV, HCV; j) RTG klatki piersiowej; k) USG jamy brzusznej. **1.2. Badania opcjonalne, w zależności od wskazań klinicznych lub zgodnie z zaleceniami Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego** a) konsultacja laryngologiczna lub konsultacja laryngologiczna z badaniem słuchu;

c. zespół rodzinnej pokrzywki indukowanej przez zimno (FCAS, ang. Familial Cold Autoinflammatory Syndrome); b) inne wrodzone zespoły autozapalne: a. TRAPS i inne zespoły autozapalne mediowane przez IL-1, b. FMF, po nieskuteczności leczenia maksymalną tolerowaną dawką kolchicyny; c) poligenowe zespoły autozapalne mediowane przez IL1: a. zespól Schnizler; d) amyloidoza wtórna, zależna od zmian autozapalnych. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Zakończenie leczenia w programie** Zakończenie leczenia powinno nastąpić w przypadku spełnienia przynajmniej jednego z kryteriów określonych w pkt a-d; a) nieakceptowane działania niepożądane lub nadwrażliwość na anakinrę; b) stwierdzenie nieskuteczności leczenia; c) ciężka niewydolnością nerek (klirens kreatyniny < 30 ml/min.) - jeżeli jest to uzasadnione klinicznie w		b) konsultacja neurologiczna lub konsultacja neurologiczna z badaniem obrazowym (USG OUN lub MRI OUN); c) badanie okulistyczne (odcinek przedni i dno oka); d) ocena kardiologiczna lub ocena kardiologiczna z ECHO serca; e) konsultacja stomatologiczna; f) DZM na białko. **2. Monitorowanie leczenia** Monitorowanie terapii należy przeprowadzać co 3-6 miesięcy (zależnie od wieku pacjenta, jego stanu klinicznego i odpowiedzi na leczenie). **2.1. Badania obowiązkowe** Badania kontrolne w monitorowaniu leczenia wymienione w punktach a-g należy przeprowadzać nie rzadziej niż raz na 8 tygodni w pierwszych 6 miesiącach leczenia i nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy w kolejnych. a) OB, CRP, surowiczy amyloid (SAA); b) morfologia krwi pełna z rozmazem; c) układ krzepnięcia: APTT, INR, D-dimery, fibrynogen; d) próby wątrobowe: AlAT, AspAT, GGTP; e) kreatynina, mocznik w surowicy, klirens kreatyniny; f) badanie ogólne moczu, białko i mikroalbuminuria w moczu; g) ocena ciśnienia tętniczego. **2.2. Badania opcjonalne, w zależności od wskazań klinicznych lub zgodnie z zaleceniami Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego.** Badania kontrolne wymienione w punktach 8-10 należy przeprowadzać nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy w zależności od stwierdzanych u

opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego; d) rezygnacja pacjenta z leczenia lub brak współpracy z pacjentem.		pacjenta objawów klinicznych oraz nieprawidłowości w badaniach dodatkowych stwierdzonych w trakcie kwalifikacji do leczenia. a) konsultacja laryngologiczna lub konsultacja laryngologiczna z badaniem słuchu; b) konsultacja neurologiczna lub konsultacja neurologiczna z badaniem obrazowym (USG OUN lub MRI OUN); c) badanie okulistyczne (odcinek przedni i dno oka). **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.87.

LECZENIE IDIOPATYCZNEGO WŁÓKNIENIA PŁUC (ICD-10 J84.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Leczenie idiopatycznego włóknienia płuc z zastosowaniem pirfenidonu		
1. Kryteria kwalifikacji **Do leczenia pirfenidonem kwalifikują się świadczeniobiorcy spełniający wszystkie poniższe kryteria:** 1) Wiek powyżej 18. roku życia; 2) Rozpoznanie idiopatycznego włóknienia płuc (IPF), na podstawie badania tomografii komputerowej wysokiej rozdzielczości – TKWR; po uprzednim wykluczeniu znanych przyczyn włóknienia płuc przez lekarza specjalistę chorób płuc; 3) W przypadku gdy badanie TKWR nie było wystarczające do postawienia diagnozy, konieczna jest ocena histopatologiczna materiału pobranego w czasie chirurgicznej biopsji płuca; 4) FVC powyżej 50% wartości należnej; 5) DLco powyżej 30%; **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie w programie prowadzone jest do czasy spełnienia przez świadczeniobiorcę któregokolwiek kryterium wyłączenia z programu.	**1. Dawkowanie** Sposób dawkowania pirfenidonu oraz ewentualne przerwanie leczenia prowadzone jest zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) Spirometria; 2) Oznaczenie pojemności dyfuzyjnej CO (DLco); 3) TKWR klatki piersiowej (tomografia komputerowa wysokiej rozdzielczości); 4) Chirurgiczna biopsja płuc z oceną (badanie nieobligatoryjne) ; 5) Gazometria krwi lub pulsoksymetria; 6) Aktywność AlAT i AspAT, bilirubina w surowicy, wskaźnik protrombinowy; 7) Klirens kreatyniny endogennej; 8) Morfologia krwi. **2. Monitorowanie leczenia** 1) Badania oceniające czynność układu oddechowego i skuteczność leczenia wykonywane co 6 miesięcy; a) Spirometria; b) DLco c) Gazometria krwi lub pulsoksymetria;

3. Kryteria wyłączenia 1) Progresja choroby definiowana jako obniżenie FVC o co najmniej 10% w ciągu pierwszych 12 miesięcy leczenia, a następnie co 6 miesięcy, potwierdzone w dwóch badaniach spirometrycznych wykonanych w odstępie 2-4 tygodni mierzona co 6 miesięcy leczenia. 2) Nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą; 3) Obrzęk naczynioruchowy podczas stosowania pirfenidonu w wywiadzie; 4) Jednoczesne stosowanie fluwoksaminy; 5) Ciężkie zaburzenia czynności wątroby lub krańcowa niewydolność wątroby; 6) Ciężka niewydolność nerek (klirens kreatyniny poniżej 30 ml/min) lub krańcowa niewydolność nerek wymagająca dializoterapii; 7) Ciąża i karmienie piersią; 8) Inne ciężkie i źle rokujące choroby np. aktywna choroba nowotworowa, ciężka niewydolność serca. 9) Brak zgody na leczenie		2) TKWR klatki piersiowej co 12 miesięcy; 3) Badania oceniające funkcję wątroby w czasie terapii: a) Aktywność AlAT i AspAT oraz stężenie bilirubiny co miesiąc w ciągu pierwszych 6 miesięcy; leczenia, a następnie co 3 miesiące; 4) Morfologia krwi co 6 miesięcy. **3. Monitorowanie programu** 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) Uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
Leczenie idiopatycznego włóknienia płuc z zastosowaniem nintedanibu		
1. Kryteria kwalifikacji a) wiek ≥ 18 lat; b) rozpoznanie idiopatycznego włóknienia płuc (IPF), na podstawie badania tomografii komputerowej wysokiej rozdzielczości – TKWR; po uprzednim wykluczeniu znanych przyczyn włóknienia płuc przez lekarza specjalistę chorób płuc;	**1. Dawkowanie** Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania prowadzone są zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) tomografia komputerowa wysokiej rozdzielczości (TKWR) – jeśli nie była wykonana w ciągu ostatnich 12 miesięcy; 2) w razie trudności diagnostycznych, w oparciu jedynie o obraz uzyskany w tomografii komputerowej, ocena próbek materiału histologicznego pochodzących z biopsji płuc;

c) w przypadku gdy badanie TKWR nie było wystarczające do postawienia diagnozy, konieczna jest ocena histopatologiczna materiału pobranego w czasie chirurgicznej biopsji płuca; d) FVC ≥ 50% wartości należnej; e) pojemność dyfuzyjna płuc DL_{CO} powyżej 30%; f) brak przeciwwskazań do stosowania leku, tj.: a. nadwrażliwość na lek, b. ciąża, c. karmienie piersią, d. inne przeciwskazania określone w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie należy kontynuować aż nie wystąpi którekolwiek z kryteriów wyłączenia z programu. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) progresja choroby definiowana jako obniżenie FVC o co najmniej 10% w ciągu pierwszych 12 miesięcy leczenia, a następnie co 6 miesięcy, potwierdzone w dwóch badaniach spirometrycznych wykonanych w odstępie 2-4 tygodni mierzona co 6 miesięcy leczenia. 2) nadwrażliwość na nintedanib lub substancje pomocnicze; 3) ciąża lub karmienie piersią; 4) przeciwskazania określone w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego; 5) wystąpienie klinicznie istotnej toksyczności leczenia uniemożliwiającej jego kontynuację, wznowienie leczenia jest uwarunkowane ustąpieniem objawów		3) badanie spirometryczne; 4) badanie zdolności dyfuzji gazów w płucach - DL_{CO} 5) morfologia krwi; 6) oznaczenie stężenia kreatyniny, oznaczenie stężenia bilirubiny, aktywności aminotransferazy alaninowej, oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej, wskaźnika protrombinowego; 7) 12-odprowadzeniowe EKG. **2. Monitorowanie leczenia** 1) badanie spirometryczne co 6 m-cy; 2) gazometria krwi lub pulsoksymetria co 6 m-cy; 3) badanie zdolności dyfuzji gazów w płucach - DL_{CO} co 6 m-cy; 4) morfologia krwi co 6 miesięcy, 5) badanie czynności wątroby (aktywność aminotransferaz i stężenie bilirubiny) przy każdej wizycie; 6) 12-odprowadzeniowe EKG co 6 m-cy. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;

toksyczności zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego; 6) rezygnacja pacjenta - wycofanie zgody na udział w programie.		3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.88.

LECZENIE CHORYCH NA ZAAWANSOWANEGO RAKA PODSTAWNOKOMÓRKOWEGO SKÓRY WISMODEGIBEM (ICD-10 C44)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Chorych na Raka Podstawnokomórkowego Skóry, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. **1. Kryteria kwalifikacji:** 1.1. Histologicznie potwierdzone rozpoznanie miejscowo zaawansowanego raka podstawnokomórkowego skóry lub objawowego raka podstawnokomórkowego skóry z przerzutami odległymi u pacjentów, u których: 1) Nowotwór jest w stadium nieoperacyjnym lub występują przeciwwskazania do leczenia chirurgicznego, definiowane jako: a) nawrót BCC w tej samej lokalizacji po zabiegu chirurgicznym i niewielkie prawdopodobieństwo wyleczenia po kolejnej resekcji lub b) przewidywane ryzyko znaczącej niepełnosprawności i/lub deformacji po ewentualnym zabiegu chirurgicznym lub c) inne przeciwskazania do leczenia chirurgicznego (np. usunięcie części struktur twarzoczaszki, np. nosa, ucha, powieki, gałki ocznej, bądź konieczność amputacji kończyny);	Dawkowanie wismodegibu zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji:** 1) histologiczne potwierdzenie miejscowo zaawansowanego lub objawowego raka podstawnokomórkowego skóry z przerzutami; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenie stężenia hemoglobiny; 4) oznaczenia stężenia kreatyniny; 5) oznaczenie stężenia bilirubiny; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 8) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej; 9) test ciążowy z próbki krwi u kobiet w wieku rozrodczym (wynik ważny 4 dni); 10) ocena rozległości zmian w badaniu przedmiotowym wraz z dokumentacją fotograficzną widocznych zmian (na zdjęciu widoczna skala); 11) badanie TK lub MR w przypadku wskazań klinicznych, dla oceny głębokości naciekania

2) stwierdzono progresję po radioterapii lub u których występują przeciwskazania do radioterapii; 3) przerzuty odległe są histopatologicznie potwierdzone jako ogniska raka podstawnokomórkowego – w przypadku pacjentów z podejrzeniem przerzutowego raka podstawnokomórkowego, 1.2. Stan sprawności 0-2 wg ECOG; 1.3. Wykluczenie współistnienia innych nowotworów złośliwych tzn. stanu po leczeniu lub w trakcie leczenia o założeniu paliatywnym (niezależnie od odpowiedzi na leczenie) albo nieuzyskanie całkowitej remisji po leczeniu o założeniu radykalnym; 1.4. Adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi: 1) wyniki badań czynności wątroby: a) stężenie bilirubiny całkowitej nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy (GGN) lub, w przypadku pacjentów z udokumentowanym zespołem Gilberta, nieprzekraczające trzykrotności GGN; b) aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczające 3-krotnie GGN; 2) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 2,0 mg/dL; 3) stężenie hemoglobiny powyżej 8,5 g/dl; 4) liczba granulocytów co najmniej 1000/µl; 5) liczba płytek krwi co najmniej 75 000/µl; 1.5. Kobiety w wieku rozrodczym i mężczyźni muszą spełniać wymogi antykoncepcji zawarte w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego. 1.6. Wiek ≥18 roku życia. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **2. Kryteria uniemożliwiające udział w programie:** 1) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;		nowotworowego lub udokumentowania zmian przerzutowych; 12) inne badania w razie wskazań klinicznych. Wstępne badania obrazowe lub dokumentacja fotograficzna muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. **2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia:** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenia stężenia kreatyniny; 3) oznaczenie stężenia bilirubiny; 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 6) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej; 7) test ciążowy z próbki krwi u kobiet w wieku rozrodczym (wynik ważny 4 dni); 8) inne badania w razie wskazań klinicznych. Badania wykonuje się w czasie 6 pierwszych tygodni leczenia, a następnie nie rzadziej niż co 8 tygodni - przed decyzją o kontynuowaniu leczenia. W przypadku kobiet w wieku rozrodczym przepisanie wismodegibu powinno być ograniczone do 28 dni terapii, kontynuacja leczenia jest możliwa wyłącznie po uzyskaniu ujemnego wyniku testu ciążowego z próbki krwi.

2) ciąża lub karmienie piersią; 3) nieprzestrzeganie zaleceń programu zapobiegania ciąży zawartego w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego przez kobiety w wieku rozrodczym i mężczyzn; 4) obecność innych przeciwwskazań do zastosowania wismodegibu zawartych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego. **3. Określenie czasu leczenia w programie:** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **4. Kryteria wyłączenia z programu:** 1) udokumentowana progresja w trakcie stosowania leku; 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na wismodegib lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 3) działania niepożądane uniemożliwiające dalsze leczenie z zastosowaniem wismodegibu; 4) rezygnacja pacjenta z dalszego leczenia.		**3. Monitorowanie skuteczności leczenia:** **3.1. U pacjentów z miejscowo zaawansowanym rakiem podstawnokomórkowym skóry:** 1) ocena kliniczna wraz z dokumentacją fotograficzną widocznych zmian (na zdjęciu widoczna skala) nie rzadziej niż co 8 tyg. oraz w chwili wyłączenia z programu, o ile wyłączenie z programu nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby; 2) badania KT lub MR odpowiedniego obszaru w przypadku miejscowo zaawansowanego BCC ze zmianami mierzalnymi wg RECIST – nie rzadziej niż co 8 tygodni oraz w chwili wyłączenia z programu, o ile wyłączenie z programu nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby; 3) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych. Dla oceny zmian skórnych stosuje się złożony punkt końcowy: Progresję choroby stwierdza się w przypadku zwiększenia sumy najdłuższych wymiarów widocznych zmian o 20% lub pojawienia się nowej zmiany lub nowego owrzodzenia, które nie wykazuje cech gojenia do następnej wizyty kontrolnej. W przypadku zmian mierzalnych odpowiedź jest zdefiniowana według kryteriów RECIST 1.1.

		3.2. U pacjentów z objawowym rakiem podstawnokomórkowym skóry z przerzutami: 1) badanie KT lub MR odpowiedniego obszaru - nie rzadziej niż co 8 tygodni oraz w chwili wyłączenia z programu, o ile wyłączenie z programu nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby. W przypadku zmian mierzalnych odpowiedź jest zdefiniowana według kryteriów RECIST 1.1; 2) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych. **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

Załącznik B.89.

LECZENIE EWEROLIMUSEM CHORYCH NA STWARDNIENIE GUZOWATE Z NIEKWALIFIKUJĄCYMI SIĘ DO LECZENIA OPERACYJNEGO GUZAMI PODWYŚCIÓŁKOWYMI OLBRZYMIOKOMÓRKOWYMI (SEGA) ICD-10 Q85.1

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji Do leczenia ewerolimusem w ramach programu kwalifikują się świadczeniobiorcy spełniający łącznie następujące kryteria: 1) Stwardnienie guzowate potwierdzone badaniem genetycznym (geny TSC1, TSC2) lub pewne rozpoznanie klinicznie stwardnienia guzowatego według zmodyfikowanych kryteriów diagnostycznych (Northrup H et al. *Pediatr Neurol*. 2013;49:243-54). **Kryteria większe:** 1. angiofibroma twarzy (≥3) lub płaskie włókniaki głowy; 2. atraumatyczne włókniaki okołopaznokciowe (≥2); 3. znamiona bezbarwne (≥3, o średnicy co najmniej 5 mm); 4. ogniska skóry szagrynowej; 5. mnogie hamartoma siatkówki; 6. guzki korowe mózgu (Cortical dysplasias / tubers lub migration lines); 7. guzki podwyściółkowe mózgu; 8. gwiaździak podwyściółkowy olbrzymiokomórkowy	**1. Dawkowanie** Dawkowanie jest ustalane indywidualnie na podstawie obliczonej powierzchni ciała (pc.) za pomocą wzoru Dubois'a, gdzie masa (m) wyrażona jest w kilogramach i wzrost (l) w centymetrach: $pc. = (m^{0,425} \times l^{0,725}) \times 0,007184$ Zalecana dawka początkowa ewerolimusu w leczeniu pacjentów z SEGA wynosi 4,5 mg/m^2 pc. Aby osiągnąć pożądaną dawkę można połączyć różne dawki tabletek produktu leczniczego ewerolimus. Minimalne stężenie ewerolimusu we krwi pełnej należy oceniać po około 2 tygodniach od rozpoczęcia leczenia. Dawkę należy ustalić w taki sposób, aby osiągnąć minimalne stężenie 5 do 15 ng/ml. Dawkę można zwiększyć, aby osiągnąć większe stężenie minimalne w obrębie zakresu docelowego, aby osiągnąć maksymalną skuteczność w zależności od tolerancji.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) Badanie genetyczne – geny TSC1, TSC2 w przypadku gdy rozpoznanie było ustalane na podstawie badania genetycznego. 2) Badanie morfologii krwi z rozmazem. 3) Badania biochemiczne: a) aktywność transaminaz wątrobowych, b) stężenie bilirubiny, c) stężenie kreatyniny, d) stężenie glukozy, e) stężenie lipidów na czczo. 4) Serologiczne markery zakażenia HBV i HCV. 5) Rezonans magnetyczny lub tomografia komputerowa głowy. 6) Test ciążowy wg wskazań i zaleceń lekarza. **2. Monitorowanie leczenia**

(SEGA); 9. mięśniak prążkowanokomórkowy serca (rhabdomyoma); 10. lymphangioleiomyomatoza (LAM - lymphangioleiomyomatosis); 11. naczyniakomięśniakotłuszczaki (angiomyolipoma) nerek. **Kryteria mniejsze:** 1. mnogie ubytki szkliwa (>3); 2. włókniaki jamy ustnej (≥2); 3. hamartoma o pozanerkowej lokalizacji; 4. zmiany w siatkówce oka (retinal achromic patch); 5. plamy na skórze typu „confetti" ; 6. mnogie torbiele nerek. Rozpoznanie stwardnienia guzowatego jest pewne, gdy spełnione są 2 duże kryteria lub 1 duże i ≥ 2 kryteria mniejsze. 2) Obecność przynajmniej jednej zmiany SEGA, potwierdzona w badaniu MRI lub CT, niekwalifikującej się do leczenia chirurgicznego według opinii zespołu złożonego z onkologa i neurochirurga lub neurologa i neurochirurga. 3) Zmiany nowotworowe umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według RECIST. Ponadto do programu lekowego, w celu zapewnienia kontynuacji terapii, są kwalifikowani pacjenci uprzednio leczeni ewerolimusem w ramach innego sposobu finansowania terapii do czasu zakontraktowania przedmiotowego programu przez	Objętość SEGA należy ocenić po około 3 miesiącach leczenia ewerolimusem z uwzględnieniem kolejnych zmian dawki biorąc pod uwagę zmiany objętości SEGA, odpowiednie stężenie minimalne i tolerancję. Jeśli osiągnięto stałą dawkę, u pacjentów ze zmienną powierzchnią ciała minimalne stężenia należy monitorować co 3 do 6 miesięcy, a u pacjentów ze stałą powierzchnią ciała co 6 do 12 miesięcy, przez cały okres leczenia. Sposób podawania: Ewerolimus musi być podawany doustnie, raz na dobę o tej samej porze, z posiłkiem lub bez. Ewerolimus w postaci tabletek połyka się w całości popijając szklanką wody. Tabletek nie wolno żuć ani rozgryzać. Jeżeli pacjent nie jest w stanie połknąć tabletki, lek można całkowicie rozpuścić w szklance z wodą (około 30 ml) mieszając delikatnie, tuż przed przyjęciem leku. Po wypiciu zawiesiny, wszelkie pozostałości muszą być ponownie rozpuszczone w takiej samej ilości wody i następnie wypite. W przypadku pominięcia dawki, nie należy przyjmować dodatkowej dawki, ale przyjąć kolejną dawkę o zwykłej porze. **Zalecenia dotyczące monitorowania stężenia terapeutycznego, dostosowania dawki ewerolimusu i postępowania w przypadku specjalnych grup pacjentów, oraz wystąpienia działań niepożądanych**	1) Badanie głowy metodą rezonansu magnetycznego w 12 i 24 tygodniu oraz w 12-tym miesiącu od rozpoczęcia leczenia, a następnie co każde kolejne 12 miesięcy oraz zawsze w sytuacji podejrzenia progresji choroby. 2) Oznaczenie stężenia ewerolimusu we krwi za pomocą atestowanej metody: po 2 tygodniach leczenia, a następnie po wszelkich zmianach dawki ewerolimusu bądź po rozpoczęciu podawania lub zmianie dawkowania podawanych równocześnie induktorów lub inhibitorów CYP3A4. 3) Co 4 tygodnie leczenia ewerolimusem, począwszy od 4 tygodnia leczenia w pierwszym roku, a następnie co 3 miesiące, począwszy od 12 miesiąca leczenia: a) badanie morfologii krwi z rozmazem, b) podstawowe badania biochemiczne: — aktywność transaminaz wątrobowych, — stężenie bilirubiny, — stężenie kreatyniny, — stężenie glukozy, — lipidogram na czczo. 4) Badanie czynnościowe i RTG płuc w przypadku wystąpienia objawów ze strony dróg oddechowych. 5) Posiew pobranego materiału i/lub badania serologiczne krwi (plwocina, wymaz z jamy ustnej i gardła, wymaz z rany itd.) w przypadku podejrzenia czynnego zakażenia grzybiczego, wirusowego lub bakteryjnego. 6) Oznaczenie poziomu DNA/RNA wirusa zapalenia wątroby

oddziały NFZ. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia** 1) Pacjenci kwalifikujący się wg zespołu złożonego z onkologa i neurochirurga lub neurologa i neurochirurga do zabiegu chirurgicznego związanego z SEGA. 2) Istotne zaburzenia hematologiczne, zaburzenia wątroby lub nerek (poziom aktywności transaminaz >2.5x górna granica normy lub stężenie bilirubiny w osoczu >1.5x górna granica normy lub stężenie kreatyniny w surowicy >1.5x górna granica normy, stężenie hemoglobiny < 9 g/dl, liczba płytek krwi <80 000/mm^3, całkowita liczba neutrofilów <1 000 /mm^3). 3) Trwające lub aktywne zakażenie w chwili włączenia do programu. 4) Chorzy z wirusowym zapaleniem wątroby typu B lub C. 5) Zabieg chirurgiczny (polegający na otwarciu jamy ciała lub wymagający założenia szwów) w ciągu miesiąca poprzedzającego rozpoczęcie leczenia. 6) Niekontrolowana hiperlipidemia: stężenie cholesterolu na czczo w surowicy >300 mg/dl i stężenie triglicerydów	**oraz specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności zawarte są w Charakterystyce Produktu Leczniczego.**	typu B/C oraz poziomu przeciwciał w przypadku podejrzenia zakażenia lub reaktywacji zakażenia. **3. Monitorowanie programu:** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

na czczo >2.5 x górna granica normy. 7) Niekontrolowana cukrzyca, zdefiniowana jako HbA1c>8g/dl. 8) Chorzy ze stwierdzoną nadwrażliwością na ewerolimus lub inne analogi rapamycyny (syrolimus, temsyrolimus) lub substancje pomocnicze preparatu. 9) Chore w ciąży lub karmiące piersią. 10) Nawracająca lub nieakceptowalna toksyczność powyżej 3 stopnia według kryteriów CTC (Common Toxicity Criteria). 11) Progresja choroby w trakcie stosowania leku udokumentowana badaniem MRI głowy wykonywanym w 12 i 24 tygodniu oraz w 12-tym miesiącu od rozpoczęcia leczenia, a następnie co każde kolejne 12 miesięcy oraz zawsze w sytuacji podejrzenia progresji choroby (oceniana według skali RECIST). 12) Wystąpienie w trakcie terapii inwazyjnego zakażenia grzybiczego 13) Brak współpracy w zakresie leczenia ze świadczeniobiorcą lub jego prawnymi opiekunami.		

Załącznik B.90.

LECZENIE ZABURZEŃ MOTORYCZNYCH W PRZEBIEGU ZAAWANSOWANEJ CHOROBY PARKINSONA (ICD-10 G.20)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Pacjent jest kwalifikowany do programu przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Zaburzeń Motorycznych w Przebiegu Choroby Parkinsona, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. **1. Leczenie lewodopą podawaną z karbidopą** **1.1. Kryteria kwalifikacji** 1) rozpoznanie choroby Parkinsona wg powszechnie przyjętych kryteriów (*United Kingdom Parkinson's Disease Brain Bank Criteria)*; 2) czas trwania choroby powyżej 5 lat; 3) zaawansowana postać choroby, tj. stany off i/lub on z uciążliwymi dyskinezami trwające co najmniej 50% czasu aktywności dobowej pacjenta, udokumentowany zapisami w dzienniczku Hausera; 4) potwierdzona skuteczność stosowania lewodopy we wcześniejszym leczeniu; 5) wyczerpanie możliwości prowadzenia skutecznej terapii co najmniej dwoma lekami doustnymi o różnych mechanizmach działania lub wystąpienie działań niepożądanych, związanych ze stosowaniem tych leków; 6) codzienna obecność i pomoc ze strony opiekuna, który będzie w stanie obsłużyć PEG oraz pompę. **1.2. Kryteria uniemożliwiające kwalifikację do programu** 1) ciężka depresja w skali Becka lub znaczne nasilenie dysfunkcji poznawczych, uniemożliwiające dalszą współpracę chorego, a tym	**1. Leczenie lewodopą podawaną z karbidopą** **1.1. Sposób podania** Za pomocą specjalnej pompy, w postaci ciągłego wlewu dojelitowego, przez przezskórną gastrostomię (PEG). **1.2. Dawkowanie** Zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego. W okresie dostosowania dawki, lewodopa z karbidopą są podawane w postaci ciągłego wlewu dojelitowego przez sondę nosowo-dwunastniczą lub nosowo-dojelitową, w zmiennej dawce, zależnej od potrzeby klinicznej. W tym czasie określa się reaktywność choroby na tę formę terapii i ustala właściwą dawkę. Po ostatecznym zakwalifikowaniu chorego do objęcia programem terapeutycznym podaje się lewodopę z karbidopą w postaci ciągłego wlewu dojelitowego za pomocą zewnętrznej pompy, przez gastrostomię (PEG), w dawce ustalonej podczas leczenia w okresie wstępnym. Dawka dobowa leku zawarta jest z reguły w	**1. Leczenie lewodopą podawaną z karbidopą** **1.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia** 1) ocena stanu ruchowego (czas spędzany w stanie off/on z uciążliwymi dyskinezami); 2) ocena neuropsychologiczna zaburzeń nastroju (kwestionariusz Becka); 3) ocena zaburzeń poznawczych (skala Addenbrooke's Cognitive Examination); 4) morfologia krwi z rozmazem; 5) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT); 6) badanie układu krzepnięcia; 7) kwalifikacja przez chirurga / gastroenterologa do PEG. **1.2. Monitorowanie leczenia** 1) morfologia krwi z rozmazem, co 6 miesięcy; 2) AspAT, AlAT, co 6 miesięcy; 3) ocena stanu ruchowego (czas spędzany w stanie off / on z uciążliwymi dyskinezami) co 3 miesiące w pierwszym roku terapii, a następnie co 6 miesięcy; 4) badanie neuropsychologiczne, tj: a) ocena nastroju (kwestionariusz Becka), co 6 mies.;

samym skuteczną kontynuację terapii;

2) przeciwwskazania do stosowania systemu DuoDopa zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego.

1.3. Czas leczenia w programie

Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów włączenia i kryteriów wyłączenia z programu.

1.4. Kryteria wyłączenia

1) brak potwierdzonej skuteczności leczenia w czasie wstępnego okresu oceny skuteczności, trwającego do 7 dni, podczas którego ustala się w ramach hospitalizacji, czy ciągły wlew dojelitowy lewodopy z karbidopą, podawanych w postaci żelu przez sondę nosowo-dwunastniczą lub nosowo-dojelitową, przynosi pożądany efekt kliniczny oraz ustala się wstępną dawkę leku. Pożądany efekt kliniczny zdefiniowano jako redukcję o co najmniej 30% czasu spędzanego w stanie off lub w stanie on z uciążliwymi dyskinezami;
2) niedające się opanować powikłania chirurgiczne, związane z PEG;
3) wystąpienie działań niepożądanych związanych z lekiem uniemożliwiających jego dalsze stosowanie;
4) utrata skuteczności leczenia mimo prób dostosowania dawek leku, w okresie 6 mies. od implantacji systemu.

2. Leczenie apomorfiną

2.1. Kryteria kwalifikacji

1) wiek >18. r.ż.;
2) rozpoznana idiopatyczna postać choroby Parkinsona według powszechnie przyjętych kryteriów (*United Kingdom Parkinson's Disease Brain Bank Criteria);*
3) czas trwania choroby powyżej 5 lat;
4) zaawansowana postać choroby, tj. stany off i/lub on z uciążliwymi dyskinezami trwające co najmniej 50% czasu aktywności dobowej pacjenta, udokumentowany zapisami w dzienniczku Hausera, które utrzymują się mimo stosowania optymalnego leczenia jednej kasetce o pojemności 100 ml. W rzadkich przypadkach konieczne może być podanie większej dawki leku.

2. Leczenie apomorfiną

Dawkowanie zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego.

1) Miejsce wkłucia infuzji zmienia się co 16 godz. w celu zmniejszenia prawdopodobieństwa wystąpienia reakcji skórnych;
2) Maksymalna dobowa dawka apomorfiny nie powinna przekraczać 100 mg.

W czasie prowadzenia leczenia apomorfiną modyfikuje się, stosownie do potrzeb, dawki leków doustnych.

Niezbędne jest ustalone podawanie pacjentowi domperidonu w dawce zazwyczaj 20 mg trzy razy na dobę. Terapię domperidonem należy rozpocząć dzień przed rozpoczęciem terapii apomorfiną oraz kontynuować tak, aby łączny okres przyjmowania domperidonu trwał od 3 do maksymalnie 7 dni.

b) ocena zaburzeń poznawczych (skala Addenbrooke's Cognitive Examination), co 12 mies.;

5) korekta dotychczasowego leczenia: odstawienie lub dodanie innych leków lub korekta dawki Duodopy, doraźnie w miarę potrzeby;
6) radiologiczna ocena położenia cewnika w jelicie we wstępnym okresie leczenia oraz po założeniu PEG.

2. Leczenie apomorfiną

2.1. Badania przy kwalifikacji

1) ocena stanu ruchowego (czas spędzany w stanie off/on z uciążliwymi dyskinezami);
2) ocena neuropsychologiczna zaburzeń nastroju (kwestionariusz Becka);
3) ocena zaburzeń poznawczych (skala Addenbrooke's Cognitive Examination);
4) ocena stanu pacjenta w skali:
   a) UPDRS część III-IV - ocena zaburzeń ruchowych i zaburzeń okresu późnego;
   b) Becka - ocena nastroju;
5) ocena funkcji poznawczych (stopień otępienia) w ocenie psychologa;
6) morfologia krwi z rozmazem;
7) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT);
8) poziom kreatyniny i mocznika w surowicy;
9) badanie mające na celu wykluczenie ciąży u kobiet w wieku rozrodczym;
10) badanie EKG.

2.2. Monitorowanie leczenia apomorfiną

1) morfologia krwi z rozmazem, co 6 miesięcy;

farmakologicznego za pomocą doustnych leków przeciw chorobie Parkinsona; 5) brak przeciwwskazań do stosowania apomorfiny, wynikających z: a) istotnych klinicznie zaburzeń psychotycznych stwierdzonych w wywiadzie; b) istotnych klinicznie objawów hipotonii ortostatycznej; c) istotnych klinicznie zaburzeń rytmu serca; 6) współpraca pacjenta lub jego opiekuna w trakcie terapii. **2.2. Kryteria uniemożliwiające kwalifikację do programu** 1) nadwrażliwość na pochodne morfiny lub substancje pomocnicze produktu; 2) jednoczesne leczenie za pomocą wlewów dojelitowych lewodopy; 3) atypowy parkinsonizm; 4) nasilone otępienie; 5) depresja oddechowa; 6) klinicznie istotne zaburzenia psychotyczne; 7) klinicznie istotna hipotonia ortostatyczna; 8) niestabilne, klinicznie istotne choroby: a) sercowo-naczyniowe; b) wątroby; c) nerek; d) hematologiczne; 9) ciąża i karmienie piersią. **2.3. Czas leczenia w programie** Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów włączenia i kryteriów wyłączenia z programu. **2.4. Kryteria wyłączenia** 1) ciężka depresja;		2) AspAT, AlAT, co 6 miesięcy; 3) ocena stanu ruchowego (czas spędzany w stanie off / on z uciążliwymi dyskinezami) co 3 miesiące w pierwszym roku terapii, a następnie co 6 miesięcy; 4) badanie neuropsychologiczne, tj: a) ocena nastroju (kwestionariusz Becka), co 6 mies.; b) ocena zaburzeń poznawczych (skala Addenbrooke's Cognitive Examination), co 12 mies.; 5) po 30 dniach od pierwszego podania apomorfiny wykonanie następujących badań: a) morfologia krwi z rozmazem; b) badanie ogólne moczu; c) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT); d) poziom kreatyniny i mocznika w surowicy; e) poziom bilirubiny; f) badanie EKG; 6) kontrola stanu pacjenta co miesiąc w ciągu pierwszych 3 miesięcy leczenia, a następnie co 3 miesiące; 7) po ustaleniu sposobu dawkowania co 12 miesięcy wykonuje się badania: a) morfologia krwi z rozmazem; b) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT); c) poziom kreatyniny i mocznika w surowicy; d) badanie EKG; 8) konsultacje neuropsychologiczne w celu oceny wpływu terapii na funkcje poznawcze, przeprowadzane po roku terapii, a następnie z częstością 1/rok – decyzję o zasadności ich

2) brak współpracy pacjenta lub opiekuna; 3) niepełna lub niewystarczająca odpowiedź na leczenie, tj. nie osiągnięcie w ciągu 3 miesięcy leczenia obu poniższych parametrów: a) poprawy w stanie *on* w stosunku do stanu *off*, wyrażającej się obniżeniem wyniku III części skali UPDRS o co najmniej 20% po ustaleniu dawki optymalnej; b) redukcja o co najmniej 30% czasu spędzanego w stanie off lub w stanie on z uciążliwymi dyskinezami; 4) pogorszenie w trakcie kontynuacji leczenia osiągniętego poziomu sprawności określonej w definicji odpowiedzi na leczenie pomimo stosowania optymalnych/maksymalnych dawek leku; 5) wystąpienie nadwrażliwości na chlorowodorek apomorfiny lub substancje pomocnicze; 6) wystąpienie działań niepożądanych związanych z lekiem uniemożliwiających jego dalsze stosowanie.		przeprowadzania podejmuje lekarz prowadzący w oparciu o stan kliniczny chorego. **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, 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.92.

LECZENIE CHORYCH NA PRZEWLEKŁĄ BIAŁACZKĘ LIMFOCYTOWĄ IBRUTYNIBEM (ICD 10: C91.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Część I. Ibrutynib w leczeniu chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową (chorzy z delecją 17p lub mutacją *TP53*)		
1. Kryteria kwalifikacji Chorzy z rozpoznaniem opornej lub nawrotowej przewlekłej białaczki limfocytowej (PBL), którzy spełniają łącznie poniższe kryteria: 1) obecność delecji 17p i/lub mutacji w genie *TP53*; 2) stan sprawności według WHO 0 – 2; 3) wiek powyżej 18 r.ż. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie w programie powinno być kontynuowane do czasu wystąpienia progresji choroby lub nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania zaleceń dotyczących modyfikacji dawkowania z Charakterystyki Produktu Leczniczego. **3. Kryteria wykluczające udział w programie** 1) jednoczesne stosowanie warfaryny lub innych antagonistów witaminy K 2) niewydolność wątroby klasa C wg Child-Pugh 3) niewydolność serca stopień III i IV wg NYHA 4) aktywne ciężkie zakażenie	**1. Dawkowanie** Zalecana dawka ibrutynibu w PBL – 420 mg (3 kapsułki) podawane 1 x na dobę. Zmiana dawkowania leku powinna być prowadzona zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.	**1. Badania przed włączeniem leczenia** 1) morfologia krwi obwodowej ze wzorem odsetkowym; 2) badanie w kierunku delecji 17p i/lub mutacji w genie *TP53;* 3) badania biochemiczne (stężenie kreatyniny, stężenie kwasu moczowego); 4) badania niezbędne do oceny stopnia niewydolności wątroby wg skali Child-Pugh w tym stężenie bilirubiny całkowitej, stężenie albumin, czas protrombinowy; 5) EKG. **2. Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa leczenia** 1) Badania przeprowadzane 1 x w miesiącu: – morfologia krwi ze wzorem odsetkowym 2) Badania przeprowadzane co 3 miesiące – badania biochemiczne (aktywność AST, ALT, stężenie bilirubiny całkowitej) – badania pozwalające na ocenę skuteczności leczenia, zgodnie z aktualnie obowiązującymi zaleceniami International Workshop on Chronic Lymphocytic

5) ciąża 6) nadwrażliwość na ibrutynib lub którąkolwiek substancję pomocniczą 7) udział w programie wczesnego dostępu do leczenia ibrutynibem. **4. Kryteria zakończenia udziału w programie** 1) progresja choroby w trakcie leczenia, w tym transformacja do bardziej agresywnego chłoniaka 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na ibrutynib lub którąkolwiek substancję pomocniczą 3) stwierdzenie nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania zaleceń dotyczących modyfikacji dawkowania zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.		Leukaemia (iwCLL) z uwzględnieniem kategorii odpowiedzi częściowej z limfocytozą. Okresowe monitorowanie stężenia kreatyniny we krwi u chorych z zaburzeniami czynności nerek – zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego. Okresowe badania w celu wykrycia migotania przedsionków – zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego. **3. Monitorowanie programu:** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
Część II. Ibrutynib w leczeniu chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową (chorzy bez delecji 17p lub mutacji *TP53*)		
1. Kryteria kwalifikacji Chorzy z rozpoznaniem opornej lub nawrotowej przewlekłej białaczki limfocytowej (PBL), którzy spełniają łącznie poniższe kryteria (1-3): 1) brak delecji 17 p i/lub mutacji w genie *TP53*;	**1. Dawkowanie** Zalecana dawka ibrutynibu w PBL – 420 mg (3 kapsułki) podawane 1 x na dobę.	**1. Badania przed włączeniem leczenia** 1) Morfologia krwi obwodowej ze wzorem odsetkowym 2) Badania biochemiczne (stężenie kreatyniny, stężenie kwasu moczowego)

2) stan sprawności według WHO 0 – 2; 3) wiek powyżej 18 r.ż.; oraz jedno z poniższych kryteriów: a) nawrót/progresja choroby po lub brak odpowiedzi na leczenie z zastosowaniem schematu zawierającego wenetoklaks w skojarzeniu z przeciwciałem antyCD20 b) przeciwwskazania medyczne do zastosowania schematu zawierającego wenetoklaks w skojarzeniu z przeciwciałem-anty CD20 (zgodnie z ChPL lub programem lekowym B103, część I) u chorych z wczesnym nawrotem PBL po pierwszej linii immunochemioterapii (definiowany jako progresja PBL pomiędzy 6. a 24 mies. od zakończenia uprzedniego leczenia) albo u chorych z opornością na immunochemioterapię (definiowaną jako brak odpowiedzi lub nawrót PBL do 6 mies. od zakończenia uprzedniego leczenia) c) toksyczność niepozwalająca na kontynuację leczenia wenetoklaksem i przeciwciałem anty-CD20 Do programu lekowego, w celu zapewnienia kontynuacji terapii, kwalifikowani są pacjenci leczeni ibrutynibem w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowych, o ile na dzień rozpoczęcia terapii spełniali kryteria kwalifikacji wskazane w punkcie 1a lub 1b lub 1c oraz jednocześnie nie spełniali kryteriów niepozwalających na zakwalifikowanie do programu ze względu na bezpieczeństwo, określonych w pkt. 3. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie w programie powinno być kontynuowane do czasu wystąpienia progresji choroby lub nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania zaleceń dotyczących modyfikacji dawkowania z Charakterystyki Produktu Leczniczego.	Zmiana dawkowania leku powinna być prowadzona zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.	3) Badania niezbędne do oceny stopnia niewydolności wątroby wg skali Child-Pugh w tym stężenie bilirubiny całkowitej, stężenie albumin, czas protrombinowy. 4) EKG **2. Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa leczenia** 1) Badania przeprowadzane 1 x w miesiącu: – morfologia krwi ze wzorem odsetkowym 2) Badania przeprowadzane co 3 miesiące: – badania biochemiczne (aktywność AST, ALT, stężenie bilirubiny całkowitej) – badania pozwalające na ocenę skuteczności leczenia, zgodnie z aktualnie obowiązującymi zaleceniami International Workshop on Chronic Lymphocytic Leukaemia (iwCLL) z uwzględnieniem kategorii odpowiedzi częściowej z limfocytozą. Okresowe monitorowanie stężenia kreatyniny we krwi u chorych z zaburzeniami czynności nerek – zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego. Okresowe badania w celu wykrycia migotania przedsionków – zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ,

3. Kryteria wykluczające udział w programie 1) jednoczesne stosowanie warfaryny lub innych antagonistów witaminy K 2) niewydolność wątroby klasa C wg Child-Pugh 3) niewydolność serca stopień III i IV wg NYHA 4) aktywne ciężkie zakażenie 5) ciąża 6) nadwrażliwość na ibrutynib lub którąkolwiek substancję pomocniczą 7) udział w programie wczesnego dostępu do leczenia ibrutynibem. **4. Kryteria zakończenia udziału w programie** 1) progresja choroby w trakcie leczenia, w tym transformacja do bardziej agresywnego chłoniaka 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na ibrutynib lub którąkolwiek substancję pomocniczą 3) stwierdzenie nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania zaleceń dotyczących modyfikacji dawkowania zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.		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.93.

PIKSANTRON W LECZENIU CHORYCH NA CHŁONIAKI ZŁOŚLIWE (ICD-10 C83, C85)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji 1) potwierdzony histologicznie agresywny chłoniak nieziarniczy z limfocytów B (ICD-10 C83, C85); 2) wiek ≥ 18 rok życia; 3) stan sprawności według WHO 0-2; 4) udokumentowane niepowodzenie 2-giej lub 3-ciej linii chemioterapii (lek może być zastosowany tylko w 3 lub 4 linii leczenia); 5) LVEF ≥ 45% - ocena metodą ECHO; niewystępowanie niewyrównanej niewydolności serca lub niestabilnego zespołu wieńcowego. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie piksantronem kontynuuje się do maksymalnie 6 cykli z zastrzeżeniem pkt. 4 (poniżej). **3. Kryteria niepozwalające na zakwalifikowanie do programu ze względu na bezpieczeństwo** 1) nadwrażliwość na piksantron lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;	**1. Dawkowanie** Zalecana dawka piksantronu wynosi 50 mg/m^2 pow. ciała w postaci infuzji dożylnej podawanej w 1., 8. oraz 15. dniu każdego 28-dniowego cyklu – przez nie więcej niż 6 cykli. 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. **2. Modyfikacja dawki** Dawkowanie piksantronu kontynuuje się lub modyfikuje (dawkę leku lub rytm podawania w cyklu) na podstawie obserwacji klinicznych i wyników badań laboratoryjnych, zgodnie z zaleceniami zawartymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) stężenie bilirubiny całkowitej; AspAT, ALAT 3) stężenie kreatyniny; 4) badania obrazowe (w tym USG lub RTG lub TK lub RM lub inne) mające na celu udokumentowanie podpunktu 4 kryteriów kwalifikacji; 5) EKG; 6) ocena LVEF wykonana metodą ECHO. **2. Monitorowanie leczenia** Badania wykonywane: 1) przed każdym podaniem leku: – morfologia krwi z rozmazem, – stężenie kreatyniny, – stężenie bilirubiny; 2) co drugi cykl leczenia: – ECHO serca z oceną EF oraz EKG (przed podaniem leku w pierwszym dniu 28-dniowego cyklu); 3) w razie podejrzenia progresji choroby:

2) bezwzględna liczba neutrofilów <1,0x10^9/l lub liczba płytek krwi <75x10^9/l; o ile nie wynika to z nacieczenia szpiku w przebiegu chłoniaka; 3) ciąża lub karmienie piersią; 4) całkowity poziom bilirubiny ≥1,5 x GGN, kreatyniny ≥1,5 x GGN, AspAT oraz ALAT ≥2 x GGN (w przypadku zajęcia wątroby ≥5 x GGN). **4. Kryteria zakończenia udziału w programie** 1) progresja choroby; 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na piksantron lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 3) stan sprawności według WHO 3-4; 4) kardiotoksyczność 3. lub 4. stopnia wg NYHA lub utrzymujący się spadek LVEF ≥ 15% w stosunku do stanu wyjściowego nie ustępujące pomimo odroczenia leczenia o 28 dni; 5) utrzymująca się powyżej 28 dni, toksyczność spowodowana lekiem, 3. lub 4. stopnia (inna niż , nudności i wymioty) nie ustępująca pomimo odroczenia leczenia o 28 dni; 6) ciąża.		– odpowiednie badania obrazowe (w tym USG lub RTG lub TK lub RM lub inne). **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.95.

LECZENIE ATYPOWEGO ZESPOŁU HEMOLITYCZNO-MOCZNICOWEGO (aHUS) (ICD-10 D 59.3)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria włączenia Podczas kwalifikacji do programu oraz gdy jest to wskazane w opisie programu, udział pacjenta w programie wymaga uzyskania akceptacji za pośrednictwem aplikacji SMPT przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Atypowego Zespołu Hemolityczno-mocznicowego, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Do czasu aktualizacji aplikacji SMPT, dopuszcza się udział pacjenta w programie na podstawie akceptacji Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia atypowego zespołu hemolityczno-mocznicowego, uzyskanej w inny sposób niż za pośrednictwem aplikacji SMPT. Ponadto, gdy jest to zaznaczone w opisie programu, udział pacjenta może wymagać uzyskania indywidualnej zgody Zespołu, o którym mowa powyżej. Do leczenia ekulizumabem kwalifikowani są pacjenci z atypowym zespołem hemolityczno-mocznicowym: 1) pacjenci z aHUS z następującymi objawami mikroangiopatii zakrzepowej: a) trombocytopenia oraz hemoliza: liczba płytek <150 x 10^9/L lub ≥ 25% spadek w stosunku do stanu wyjściowego i podwyższone stężenie LDH lub rozpad krwinek czerwonych (obecność schistocytów) lub niskie stężenie haptoglobiny lub anemia hemolityczna lub b) biopsja tkankowa potwierdzająca mikroangiopatię zakrzepową oraz c) związane z mikroangiopatią zakrzepową uszkodzenie narządów:	**1. Dawkowanie** Dawkowanie preparatu ekulizumab zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji:** 1) aktywność ADAMTS13; u dzieci z obniżonym eGFR można wdrożyć leczenie w oczekiwaniu na wynik badania; 2) badanie STEC (PCR lub hodowla bakteryjna) w pierwszym rzucie choroby; 3) wykonanie badani potwierdzającego lub wykluczającego ciążę (u kobiet w wieku rozrodczym); 4) dehydrogenaza mleczanowa całkowita (LDH); 5) stężenie haptoglobiny (Hp) lub schistocyty; 6) morfologia krwi z rozmazem; 7) badanie ogólne moczu; 8) stężenie kreatyniny i wyliczony eGFR; 9) aminotransferaza asparaginowa (AspAT)i alaninowa (AlAT); 10) badania układu dopełniacza C3, CH50; leczenie można wdrożyć w oczekiwaniu na wynik; 11) badania genetyczne w kierunku przyczyn genetycznych aHUS; leczenie mozna wdrożyć w oczekiwaniu na wynik; 12) przeciwciała anty H; leczenie można wdrożyć w oczekiwaniu na wynik; 13) test Coombsa; leczenie można wdrożyć leczenie w oczekiwaniu na wynik; 14) w przypadku występowania u pacjentów: a) objawów neurologicznych - rezonans magnetyczny z angiografią

– zaburzenia czynności nerek potwierdzone poziomem kreatyniny w surowicy >górna granica normy dla wieku lub hemodializa, lub białkomocz/ albuminuria lub – powikłania pozanerkowe wywołane mikroangiopatią tkankową, takie jak: powikłania sercowo-naczyniowe, lub neurologiczne, lub żołądkowo-jelitowe lub płucne lub 2) pacjenci z aHUS, u których stosowana jest plazmafereza/przetoczenie osocza; 3) pacjenci z aHUS zakwalifikowani do przeszczepu nerki; 4) u ww. grup pacjentów z aHUS wymagane są wyniki badań: a) aktywność ADAMTS-13 >5%, b) negatywny wynik badania STEC (Shiga-Toxin Escherichia coli) w teście (PCR) lub hodowli bakteryjnej w pierwszym rzucie choroby; 5) w przypadku kobiet w wieku rozrodczym wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń w czasie leczenia i w ciągu 5 miesięcy od zastosowania ostatniej dawki ekulizumabu; 6) wykonanie obowiązkowego szczepienia przeciw meningokokom, w przypadku konieczności wdrożenia leczenia przed upływem 2 tygodni po wykonaniu szczepienia przeciw menigokokom - profilaktyka antybiotykowa. **2. Określenie czasu leczenia w programie** 1) Kryteria kwalifikacji i wyłączenia z programu określają czas leczenia w programie; 2) Po 6 miesiącach od rozpoczęcia leczenia ośrodek prowadzący występuje do Zespołu Koordynacyjnego z wnioskiem o kontynuację lub czasowe przerwanie leczenia z uzupełnieniem wyników badań układu dopełniacza i badań genetycznych;		- lub tomografia komputerowa ośrodkowego układu nerwowego; b) objawów ze strony układu pokarmowego: - amylaza, lipaza oraz usg jamy brzusznej; c) objawów ze strony układu sercowo-naczyniowego: - troponina T lub troponina I, lub EKG, lub ECHO serca - lub cewnikowanie serca; **2. Monitorowanie leczenia** 1) W czasie leczenia początkowego (tj. przez pierwsze 4 tygodnie) monitorowanie leczenia obejmuje wykonywanie badań wyszczególnionych jako pozycje 4-8 w pkt. 1 oraz CH50, przed każdą infuzją (u osób > 40kg raz w tygodniu, u dzieci zgodnie z dawkowaniem preparatu w ChPL); 2) Począwszy od 5 tygodnia monitorowanie leczenia obejmuje wykonywanie badań wyszczególnionych jako pozycje 4-8 w pkt. 1 przed każdą infuzją (co 2 tygodnie, a u dzieci <10kg co 3 tygodnie) oraz badanie CH50 (co miesiąc, a u dzieci < 10kg, co 6 tygodni); 3) Po upływie 3 miesięcy monitorowanie leczenia opisane w pkt 1 odbywa się raz w miesiącu, a u dzieci < 10kg raz na 6 tygodni; 4) Po upływie 1 roku leczenia monitorowanie leczenia opisane w pkt 1 odbywa się raz na 3 miesiące; 5) U chorych z wyjściowymi dodatnimi p-ciałami antyH monitorowanie stężenia p-ciał odbywa się raz na 3 miesiące. **3. Monitorowanie w czasie czasowego przerwania leczenia** W pierwszym roku co miesiąc oraz przy każdej infekcji, a w kolejnych latach co najmniej raz na 3 miesiące (u kobiet w ciąży oraz połogu co miesiąc): 1) badanie moczu (białkomocz, erytrocyturia); 2) morfologia (Hb, liczba płytek).

a) Zespół Koordynacyjny ds. leczenia aHUS podejmuje decyzje o kontynuacji leczenia ekulizumabem u chorych z wysokim ryzykiem nawrotu choroby; b) Zespół Koordynacyjny podejmuje decyzję o możliwości czasowego przerwania podawania ekulizumabu u chorych z niskim ryzykiem nawrotu choroby, u których uzyskano remisję objawów i powrót prawidłowej funkcji narządów wewnętrznych; 3) Lekarz prowadzący może podjąć decyzję o czasowym zawieszeniu w podawaniu leku u kobiet ciężarnych lub karmiących piersią, zgodnie z ChPL, jeżeli dalsze leczenie nie jest bezwzględnie konieczne – lekarz prowadzący informuje Zespół Koordynacyjny o czasowym zawieszeniu oraz o ewentualnym wznowieniu leczenia; 4) Chorzy, u których czasowo przerwano leczenie, wymagają systematycznej oceny nawrotu mikroangiopatii zakrzepowej; 5) Chorzy, u których wystąpi nawrót choroby (określony na podstawie kryteriów włączenia punkt 1.1), będą ponownie włączani do podawania ekulizumabu na podstawie zgłoszenia lekarza prowadzącego do SMPT bez konieczności ponownej kwalifikacji przez Zespół Koordynujący. **3. Kryteria wyłączenia** 1) brak efektu leczenia ekulizumabem (utrzymywanie się aktywnej mikroangiopatii zakrzepowej mimo 3 miesięcznego leczenia); 2) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych związanych z lekiem; 3) nadwrażliwość na ekulizumab, białka mysie lub substancje pomocnicze; 4) niestosowanie się pacjenta do zaleceń lekarskich; 5) wycofanie przez pacjenta zgody na leczenie; W razie zakończenia leczenia u pacjenta z powodu zaistnienia ww. kryteriów wyłaczenia, ponowne rozpoczęcie leczenia wymaga decyzji Zespołu Koordynującego.		**4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolera Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w 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.96.

LECZENIE NOCNEJ NAPADOWEJ HEMOGLOBINURII (PNH) (ICD-10 D59.5)

<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>1. Kryteria kwalifikacji

Podczas pierwszej kwalifikacji do programu oraz gdy jest to wskazane w opisie programu, udział pacjenta w programie wymaga uzyskania akceptacji za pośrednictwem aplikacji SMPT przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Nocnej Napadowej Hemoglobinurii, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Do czasu aktualizacji aplikacji SMPT, dopuszcza się udział pacjenta w programie na podstawie akceptacji Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Nocnej Napadowej Hemoglobinurii, uzyskanej w inny sposób niż za pośrednictwem aplikacji SMPT. Ponadto, gdy jest to zaznaczone w opisie programu, udział pacjenta może wymagać uzyskania indywidualnej zgody Zespołu, o którym mowa powyżej.

Zdiagnozowana nocna napadowa hemoglobinuria z obecnością klonu NNH >1% oznaczonego w badaniu cytometrii przepływowej i co najmniej jeden z poniższych:
1) objawy hemolizy związane z NNH oraz (łącznie):
a) aktywnością dehydrogenazy mleczanowej (LDH) ≥1,5 przekraczająca górną granicę normy (GGN)
b) co najmniej jedno z powikłań związanych z hemolizą:
– niewydolność nerek,
– nadciśnienie płucne,
– znaczne zmęczenie ocenione wg FACIT upośledzające codzienną aktywność;
2) zakrzepica lub poważne zdarzenie naczyniowe w tym:</td>
<td>1. Dawkowanie

Zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji:

1) badanie granulocytów oraz erytrocytów w cytometrze przepływowym pod katem obecności klonu PNH;
2) wykluczenie ciąży u kobiet w wieku rozrodczym;
3) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH);
4) morfologia krwi obwodowej z rozmazem;
5) czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT);
6) czas protrombinowy (PT);
7) fibrynogen;
8) odczyn Coombsa;
9) oznaczenie grupy krwi;
10) stężenie kreatyniny w surowicy;
11) stężenie mocznika w surowicy;
12) aminotransferaza asparaginowa (AspAT);
13) aminotransferaza alaninowa (AlAT);
14) bilirubina całkowita i bezpośrednia;
15) stężenie haptoglobiny (Hp);
16) stężenie Na+;
17) stężenie K+;
18) badanie ogólne moczu;
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</td>
</tr>
</table>

a) zakrzepowe zapalenie żył głębokich/zakrzepica żył głębokich, b) zator tętnicy płucnej, c) zdarzenia mózgowo-naczyniowe, d) amputacja, e) zawał mięśnia sercowego, f) napad przemijającego niedokrwienia, g) niestabilna dławica piersiowa, h) zakrzepica żyły nerkowej, i) zakrzepica żył krezkowych, j) zakrzepica żyły wrotnej, k) zgorzel, l) ostre zamknięcia naczyń obwodowych; 3) w przypadku kobiet w wieku rozrodczym wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń w czasie leczenia i w ciągu 5 miesięcy od zastosowania ostatniej dawki ekulizumabem; 4) wykonanie obowiązkowego szczepienia przeciw meningokokom, w przypadku konieczności wdrożenia leczenia przed upływem 2 tygodni po wykonaniu szczepienia przeciw menigokokom - profilaktyka antybiotykowa. **2. Określenie czasu leczenia w programie** 1) Kryteria kwalifikacji i wyłączenia z programu określają czas leczenia w programie. 2) Zespół koordynacyjny ds. Leczenia Nocnej Napadowej Hemoglobinurii podejmuje decyzje o możliwości czasowego przerwania profilaktycznego leczenia ekulizumabem po 6 miesiącach leczenia u chorych z niższym ryzykiem nawrotu choroby, u których uzyskano remisję objawów i powrót prawidłowej funkcji narządów wewnętrznych. 3) Chorzy, u których konieczne jest ponowne włączenie leczenia po decyzji Zespołu koordynacyjnego ds. Nocnej Napadowej		tomografia komputerowa (TK) lub magnetyczny rezonans jądrowy (MRI). **2. Monitorowanie leczenia** 1) Co tydzień przez pierwsze 5 tygodni: a) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH), b) morfologia krwi obwodowej z rozmazem, c) kreatynina, d) mocznik, e) aminotransferaza asparaginowa (AspAT), f) aminotransferaza alaninowa (AlAT), g) bilirubina całkowita. 2) Po 5 tygodniu, raz na dwa tygodnie lub częściej w uzasadnionych sytuacjach klinicznych: 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) kreatynina, b) mocznik, c) aminotransferaza asparaginowa (AspAT), d) aminotransferaza alaninowa (AlAT), e) bilirubina całkowita. 4) Badanie obecności klonów PNH w cytometrze przepływowym: a) 6 miesięcy po rozpoczęciu leczenia i następne co 6 miesięcy przez okres 2 lat od rozpoznania; b) co 12 miesięcy w przypadku stabilizacji choroby i wielkości klonu. W celu wykrycia ciężkiej hemolizy i innych reakcji, każdego pacjenta odstawiającego ekulizumab należy obserwować przez co najmniej 8 tygodni.

Hemoglobinurii będą włączani do programu bez konieczności ponownej kwalifikacji. **3. Kryteria wyłączenia** 1) ciąża – jeśli dalsze leczenie nie jest bezwzględnie konieczne; 2) karmienie piersią; 3) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych związanych z lekiem; 4) nadwrażliwość na ekulizumab, białka mysie lub substancje pomocnicze; 5) niestosowanie się pacjenta do zaleceń lekarskich; 6) wycofanie przez pacjenta zgody na leczenie.		**3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.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**
1. Kryteria kwalifikacji do leczenia eltrombopagiem lub romiplostymem 1) wiek ≥18 lat; 2) rozpoznanie pierwotnej małopłytkowości immunologicznej (ITP); 3) niedostateczna odpowiedź na inne sposoby leczenia farmakologicznego np. kortykosteroidy, dożylne immunoglobuliny; 4) nieskuteczność splenektomii objawiająca się liczbą płytek poniżej 30 000/µl i objawami skazy krwotocznej. 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. **2.1. Kryteria wyłączenia z programu** 1) nadwrażliwość na:	**1. Dawkowanie eltrombopagu** 1) zalecana dawka początkowa eltrombopagu wynosi 50 mg raz na dobę; 2) dawkę leku ustala się indywidualnie w zależności od liczby płytek krwi u pacjenta – sposób modyfikacji dawkowania oraz postępowanie w okresie czasowego przerwania leczenia zostały określone w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego. **2. Dawkowanie romiplostymu** 1) romiplostym powinien być podawany raz w tygodniu, jako wstrzyknięcie podskórne; 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 u chorego - zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia eltrombopagiem lub romiplostymem** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) parametry czynności wątroby: – AlAT, AspAT, bilirubina całkowita – dotyczy kwalifikacji do leczenia eltrombopagiem, – bilirubina całkowita, czas protrombinowy, stężenie albumin we krwi – dotyczy kwalifikacji do leczenia romiplostymem; 3) biopsja aspiracyjna szpiku i trepanobiopsja (wykonana w okresie 6 miesięcy przed kwalifikacją do programu lekowego) – w przypadku chorych w wieku powyżej 60 lat, z objawami układowymi i innymi nieprawidłowymi objawami; 4) badanie okulistyczne – dotyczy kwalifikacji do eltrombopagu; 5) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym. **2. Monitorowanie leczenia eltrombopagiem lub romiplostymem** 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:

a) substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą – dotyczy leczenia eltrombopagiem b) substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą lub na białka pochodzące z Escherichia coli – dotyczy leczenia romiplostymem; 2) zaburzenia czynności wątroby: – wynik w skali Child-Pugh ≥ 5 – dotyczy leczenia eltrombopagiem, – wynik w skali Child-Pugh ≥ 7 – dotyczy leczenia romiplostymem; 3) istotne zwiększenie się aktywności AlAT (powyżej trzykrotności górnej granicy normy dla lokalnego laboratorium) w przypadkach, gdy przekroczenie normy: a) będzie narastać albo b) będzie utrzymywać się ≥ 4 tygodni, albo c) będzie związane ze zwiększeniem stężenia bilirubiny bezpośredniej, albo d) będzie związane z objawami klinicznymi uszkodzenia wątroby lub objawami dekompensacji wątroby - dotyczy wyłącznie chorych leczonych eltrombopagiem; 4) ciąża; 5) karmienie piersią; 6) brak odpowiedzi na leczenie: – eltrombopagiem w dawce 75 mg podawanej przez 4 kolejne tygodnie leczenia (4 pomiary) lub – romiplostymem pomimo stosowania maksymalnej dawki (10 µg/kg mc.) przez 4 kolejne tygodnie leczenia.		– 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,); 3) w przypadku pojawienia się innych niż małopłytkowość, istotnych nieprawidłowości w morfologii krwi – trepanobiopsja szpiku kostnego wraz z oceną włóknienia retikulinowego; 4) badania przeprowadzane w okresie czasowego przerwania leczenia: a) wykonywane raz w tygodniu przez 4 tygodnie: – morfologia krwi z rozmazem; 5) badanie okulistyczne co 3 miesiące – dotyczy leczenia eltrombopagiem. **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 - 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.98.

LECZENIE PEDIATRYCZNYCH CHORYCH NA PRZEWLEKŁĄ 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 do leczenia eltrombopagiem lub romiplostymem 1) wiek 1-18 lat; 2) rozpoznanie przewlekłej (trwającej powyżej 12 miesięcy), pierwotnej małopłytkowości immunologicznej (ITP); 3) niedostateczna odpowiedź na wcześniejsze standardowe leczenie farmakologiczne ITP. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Do leczenia agonistą receptora trombopoetyny (rTPO) mogą być włączani pacjenci, którzy uzyskali niedostateczną odpowiedź lub wykazują nietolerancję na inny preparat z grupy agonistów rTPO, oraz spełniają kryteria kwalifikacji. 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.	**1. Dawkowanie eltrombopagu** 1) zalecana dawka początkowa eltrombopagu wynosi: – 50 mg raz na dobę - dla pacjentów w wieku 6-17 lat, – 25 mg raz na dobę - dla pacjentów w wieku 1-5 lat oraz dla pacjentów pochodzenia wschodnioazjatyckiego; 2) maksymalna dawka dobowa wynosi 75 mg; 3) dawkę leku modyfikuje się indywidualnie w zależności od liczby płytek krwi pacjenta - zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego. Celem modyfikacji dawek jest osiągnięcie minimalnej dawki pozwalającej utrzymać liczbę płytek ≥ 50 tys/µl. **2. Dawkowanie romiplostymu** 1) romiplostym powinien być podawany raz w tygodniu, jako wstrzyknięcie podskórne;	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia eltrombopagiem lub romiplostymem** 1) morfologia krwi z rozmazem białokrwinkowym i liczbą płytek; 2) parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita, APTT, INR, albumina); 3) badanie okulistyczne – dotyczy kwalifikacji do eltrombopagu; 4) trepanobiopsja szpiku kostnego z barwieniem oceniającym włóknienie; 5) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym – jeśli dotyczy. **2. Monitorowanie leczenia eltrombopagiem lub romiplostymem:** 1) badania przeprowadzane w pierwszych 4 tygodniach leczenia oraz w okresie braku odpowiedzi: a) wykonywane co 1 tydzień: – morfologia krwi z rozmazem białokrwinkowym i liczbą płytek, b) wykonywane co 2 tygodnie: – parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita, APTT, INR, albumina);

3. Kryteria wyłączenia z programu

1) nadwrażliwość na:
   a) substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą – dotyczy leczenia eltrombopagiem
   b) substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą lub na białka pochodzące z *Escherichia coli* – dotyczy leczenia romiplostymem;
2) zaburzenia czynności wątroby:
   – wynik w skali Child-Pugh ≥ 5 – dotyczy leczenia eltrombopagiem,
   – wynik w skali Child-Pugh ≥ 7 – dotyczy leczenia romiplostymem;
3) istotne zwiększenie się aktywności AlAT (powyżej trzykrotności górnej granicy normy dla lokalnego laboratorium) w przypadkach, gdy przekroczenie normy:
   a) będzie narastać,
   albo
   b) będzie utrzymywać się ≥ 4 tygodni,
   albo
   c) będzie związane ze zwiększeniem stężenia bilirubiny bezpośredniej,
   albo
   d) będzie związane z objawami klinicznymi uszkodzenia wątroby lub objawami dekompensacji wątroby,
   - dotyczy wyłącznie leczenia eltrombopagiem;
4) ciąża;
5) karmienie piersią;
6) brak odpowiedzi na leczenie:
   – eltrombopagiem w dawce 75 mg podawanej przez 4 kolejne tygodnie leczenia (4 pomiary)
   lub
   – romiplostymem pomimo stosowania maksymalnej dawki (10 µg/kg mc.) przez 4 kolejne tygodnie leczenia.

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.

2) badania przeprowadzane od 4 tygodnia leczenia u 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 wartość 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 - 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.99.

LECZENIE AKROMEGALII (ICD-10 E22.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Leczenie pasyreotydem **1.1. Kryteria kwalifikacji** 1) wiek powyżej 18 roku życia; 2) akromegalia rozpoznana na podstawie powszechnie przyjętych kryteriów klinicznych i biochemicznych (stężenie insulinopodobnego czynnika wzrostu-1 IGF-1 powyżej górnej granicy normy dla płci i wieku oraz brak zahamowania wydzielania hormonu wzrostu GH poniżej 1,0 µg/l (ng/ml) w doustnym teście obciążenia glukozą (ang. oral glucose tolerance test, OGTT); 3) niewystarczające leczenie operacyjne (zabieg neurochirurgiczny usunięcia guza somatotropowego przysadki), które nie doprowadziło do normalizacji stężenia GH (w doustnym teście obciążenia glukozą OGTT lub w profilu GH) oraz stężenia IGF-1 prawidłowego dla płci i wieku, i nie osiągnięcie biochemicznej kontroli akromegalii po przynajmniej 6-cio miesięcznym okresie leczenia uzupełniającego analogami somatostatyny o przedłużonym działaniu tj. oktreotydem w dawce ≥30 mg lub lanreotydem w dawce 120 mg, podawanymi co 28 dni; 4) dyskwalifikacja z ponownego leczenia operacyjnego (ponowna operacja w opinii specjalisty neurochirurga nie poprawi kontroli choroby lub leczenie chirurgiczne nie jest możliwe);	**1. Leczenie pasyreotydem** **1.1. Dawkowanie** Zalecana początkowa dawka pasyreotydu wynosi 40 mg podawana w iniekcjach domięśniowych co 28 dni. W przypadku braku kontroli biochemicznej akromegalii (utrzymywanie się stężenia GH ≥2,5 µg/l i/lub IGF-1 powyżej normy dla płci i wieku) 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. **1.2. Sposób podawania** 1) Pasyreotyd jest podawany w głębokim wstrzyknięciu domięśniowym wykonywanym przez fachowy personel medyczny. 2) W przypadku wielokrotnego podawania należy zmieniać miejsca podania leku	**1. Leczenie pasyreotydem** **1.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia pasyreotydem** 1) badanie podmiotowe i przedmiotowe: ocena somatycznych objawów akromegalii oraz ewentualnych powikłań, zwłaszcza w zakresie chorób układu sercowo-naczyniowego i metabolicznych (cukrzyca i zaburzenia tolerancji węglowodanów); 2) ocena jakości życia (np. za pomocą skali Acromegaly Quality of Life Questionnaire (AcroQol); 3) ocena hormonalna: stężenie GH; stężenie IGF-1, ocena wyrównania czynności nadnerczy i tarczycy; 4) rezonans magnetyczny okolicy podwzgórzowo-przysadkowej z użyciem środka kontrastowego wykonany przy użyciu aparatu spełniającego normy do diagnostyki przysadki nie wcześniej niż w okresie 3 miesięcy poprzedzających kwalifikację. W przypadku przeciwwskazań do wykonania rezonansu magnetycznego bądź braku możliwości wykonania tego badania z innych przyczyn, badaniem które należy wykonać jest tomografia komputerowa; 5) ocena pola widzenia w przypadku makrogruczolaka przysadki (guz o średnicy ≥ 1 cm);

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;

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 u tych pacjentów wynosi 40 mg co 4 tygodnie;
   c) w przypadku pacjentów z żółtaczką lub innymi objawami sugerującymi klinicznie istotną dysfunkcję wątroby

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.

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.
2) Należy codziennie zmieniać miejsce wstrzyknięcia, aby zapobiec wystąpieniu lipohipertrofii.
3) Początkową, nasycającą dawkę 80 mg pegwisomantu należy podać podskórnie pod nadzorem lekarza.

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 nie rzadziej niż 1 raz do roku i zawsze w 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);
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 osób z cukrzycą -do decyzji lekarza prowadzącego;
4) stosowanie odpowiednich metod zapobiegania ciąży w związku z możliwością zwiększenia płodności.

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);
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-przysadkowej. Począwszy od drugiego roku leczenia badanie

5) nie osiągnięcie biochemicznej kontroli (normalizacji IGF-1, GH) akromegalii po przynajmniej 6-cio miesięcznym okresie leczenia uzupełniającego analogami somatostatyny II generacji o przedłużonym działaniu tj. pasyreotydem w dawce 60 mg lub nietolerowanie takiej terapii; 6) dyskwalifikacja z leczenia pasyreotydem z powodu niekontrolowanych zaburzeń gospodarki węglowodanowej (HbA1c > 7% (> 53 mmol/mol). Kwalifikacja do leczenia pegwisomantem wymaga spełnienia warunków 1, 2, 3, 4. W przypadku gdy pacjent zostanie zakwalifikowany do leczenia pasyreotydem zgodnie z kryteriami kwalifikacji do programu (pkt. 1.1.), kwalifikacja do leczenia pegwisomantem wymaga spełnienia warunków 1, 2, 3, 4, 5 łącznie lub 1, 2, 3 ,4, 6 łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni pegwisomantem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. Kwalifikacja do programu przeprowadzana jest przez lekarza prowadzącego, a w uzasadnionych przypadkach trudnych klinicznie, po zasięgnięciu opinii konsultanta krajowego w dziedzinie endokrynologii. **2.2. Kryteria wyłączenia** 1) kandydaci do leczenia operacyjnego; 2) ucisk skrzyżowania nerwów wzrokowych przez guz powodujący istotne zaburzenia pola widzenia u pacjentów kwalifikujących się do odbarczającego leczenia neurochirurgicznego;		wykonuje się co 12 miesięcy lub też niezwłocznie w sytuacji pogorszenia pola widzenia. W przypadku przeciwwskazań do wykonania rezonansu magnetycznego bądź braku możliwości wykonania tego badania z innych przyczyn, badaniem które należy wykonać jest tomografia komputerowa; 3) oznaczenie aktywności AspAT i AlAT w surowicy co 4 do 6 tygodni przez sześć pierwszych miesięcy terapii pegwisomantem oraz w przypadku objawów sugerujących ryzyko wystąpienia zapalenia wątroby; 4) po 3 miesiącach od rozpoczęcia leczenia wykonanie oznaczenia eGFR i wydalanie białka z moczem, a następnie zgodnie ze wskazaniami klinicznymi lub co pół roku - w przypadku braku pogorszenia; 5) badania laboratoryjne: ocena stężenia glukozy w osoczu krwi żylnej na czczo zgodnie ze wskazaniami klinicznymi; 6) ocena pola widzenia w przypadku makrogruczolaków przysadki po 3 miesiącach leczenia, a następnie nie rzadziej niż 1 raz do roku i zawsze w przypadku wystąpienia nowych ubytków w polu widzenia lub subiektywnego pogorszenia pola widzenia; 7) ocena wyrównania czynności nadnerczy i tarczycy co 6 miesięcy; 8) ocena jakości życia po 12 miesiącach (np. skala AcroQoL). **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawienie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej

3) niewydolność nerek: eGFR <15 ml/min/1,73 m^2 oraz utrata białka >3 g/1,73m^2; 4) AlAT i AspAT >3 x GGN (AlAT i AspAT > 5 x GGN u chorych z wyjściowo podwyższonym stężeniem AlAT i AspAT); 5) niewyrównana niedoczynność kory nadnerczy lub tarczycy (nieadekwatne leczenie substytucyjne); 6) okres ciąży lub karmienia piersią; 7) nadwrażliwość na pegwisomant lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku; 8) brak odpowiedzi na leczenie w sytuacji, gdy nie uzyskano normalizacji stężenia IGF-1 odpowiednio dla płci i wieku, po co najmniej 12 miesięcznym okresie podawania pegwisomantu w najwyższej tolerowanej dawce; **2.3. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia.		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.100.

LECZENIE OPORNEJ I NAWROTOWEJ POSTACI KLASYCZNEGO CHŁONIAKA HODGKINA Z ZASTOSOWANIEM NIWOLUMABU (ICD-10 C 81)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji: 1) nawrotowy lub oporny na leczenie klasyczny chłoniak Hodgkina potwierdzony badaniem histopatologicznym a) po autologicznym przeszczepieniu komórek macierzystych szpiku (ASCT) i b) po leczeniu brentuksymabem vedotin; 2) wiek 18 lat i powyżej; 3) sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji WHO lub ECOG; 4) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią u pacjentek; 5) brak aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu I, niedoczynności tarczycy (leczonej wyłącznie suplementacją hormonalną), łuszczycy, bielactwa. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Czas leczenia w programie określa lekarz. Leczenie należy kontynuować tak długo, dopóki obserwuje się korzyści kliniczne.	Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania (w tym okresowe wstrzymanie leczenia) prowadzone jest zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia** 1) badanie przedmiotowe; 2) ocena sprawności w skali ECOG; 3) pomiar masy ciała; 4) badania laboratoryjne: a) morfologia krwi, b) oznaczenia stężenia kreatyniny, c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej, e) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej, f) oznaczenie poziomu TSH, g) test ciążowy u kobiet w wieku prokreacyjnym; 5) badanie obrazowe: tomografia komputerowa (TK) lub tomografia emisyjna pozytonowa (PET/TK) dokumentująca zmiany: szyi, klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy mniejszej. **2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia** 1) badanie podmiotowe i przedmiotowe; 2) morfologia krwi;

3. Kryteria czasowego zawieszenia leczenia niwolumabem Zgodnie z opisem w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Podawanie niwolumabu można wznowić w przypadku całkowitego ustąpienia działania niepożądanego lub zmniejszenia stopnia nasilenia do stopnia 1. **4. Kryteria wyłączenia z udziału w programie:** 1) progresja choroby; 2) nadwrażliwość na lek lub na substancję pomocniczą; 3) wystąpienie klinicznie istotnej toksyczności leczenia w stopniu powyżej 3 według kryteriów CTC (Common Toxity Criteria); 4) kobiety w wieku rozrodczym, które nie chcą lub nie są w stanie stosować dopuszczalnej metody antykoncepcji w celu uniknięcia ciąży przez cały okres leczenia oraz przez 5 miesięcy po jego zakończeniu; 5) kobiety w ciąży lub karmiące piersią.		3) parametry biochemiczne surowicy: oznaczenie stężenia kreatyniny, bilirubiny całkowitej, sodu, potasu, wapnia, aminotransferaz, TSH; Badania wykonywane są co 6 – 12 tygodni lub częściej w zależności od sytuacji klinicznej. **3. Monitorowanie skuteczności leczenia** 1) badanie przedmiotowe i laboratoryjne zależnie od wskazań lekarskich; 2) badanie obrazowe umożliwiajace ocenę odpowiedzi na leczenie za pomocą KT lub PET wykonane po 3 miesiącach leczenia albo wczesniej zależnie od wskazań klinicznych, a u chorych reagujących na leczenie powtarzać co pół roku. **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) 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 sprawozdawczorozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.101.

LECZENIE INHIBITORAMI PCSK-9 PACJENTÓW Z ZABURZENIAMI LIPIDOWYMI (ICD-10 E78.01, I21, I22, I25)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji **1.1. Leczenie pacjentów z hipercholesterolemią rodzinną** Łączne spełnienie następujących warunków: 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) pewna diagnoza rodzinnej heterozygotycznej hipercholesterolemii, tj. > 8 punktów w skali Dutch Lipid Clinic Network; 3) spełnienie kryteriów kwalifikacji do leczenia LDL aferezą, a w przypadku pacjentów już leczonych, spełnianie tych kryteriów w chwili rozpoczęcia leczenia LDL aferezą; 4) kryteria kwalifikacji do LDL aferezy: LDL-C > 160 mg/dl (4,1 mmol/dl) pomimo stosowania diety i: a) intensywnego leczenia statynami w maksymalnych dawkach tj.: atorwastatyna 80 mg lub rosuwastatyna 40 mg, a następnie atorwastatyna 40-80 mg lub rosuwastatyna 20-40 mg w skojarzeniu z ezetymibem 10 mg; stosowanego łącznie przez 6 miesięcy, w tym leczenia skojarzonego przez minimum 1 miesiąc lub b) intensywnego leczenia statynami w maksymalnych tolerowanych dawkach, a następnie w skojarzeniu z ezetymibem 10 mg; stosowanego przez łącznie 6 miesięcy, w tym leczenia skojarzonego przez minimum 1 miesiąc.	**1. Alirokumab** 150 mg alirokumabu podawane co 2 tygodnie. **2. Ewolokumab** 140 mg ewolokumabu podawane co 2 tygodnie.	**1. Wykaz badań przy kwalifikacji do leczenia** 1) lipidogram; 2) aminotransferaza alaninowa (AlAT); 3) kreatynina/eGFR; 4) kinaza kreatynowa (CK). **2. Monitorowanie leczenia** 1) Lipidogram – po 3 miesiącach, a następnie co 12 miesięcy; 2) Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia na każdej wizycie. **3. Monitorowanie programu** 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) Uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej

1.2. Leczenie pacjentów z bardzo wysokim ryzykiem chorób układu sercowo-naczyniowego Łączne spełnienie następujących warunków: 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) LDL-C >100 mg/dl (2,5 mmol/l) pomimo stosowania diety i intensywnego leczenia statynami w maksymalnie tolerowanych dawkach, a następnie statynami w maksymalnych tolerowanych dawkach w połączeniu z ezetymibem. Wymagane jest, aby całkowity okres leczenia trwał co najmniej 3 miesiące, w tym co najmniej 1 miesiąc leczenia skojarzonego (statyna w maksymalnych tolerowanych dawkach + ezetymib). W przypadku pacjentów z podejrzeniem rabdomiolizy związanej z podawaniem statyn okres leczenia ustalany jest przez lekarza prowadzącego zgodnie z wytycznymi ESC/EAS. 3) Przebyty zawał serca diagnozowany inwazyjnie, który wystąpił do 12 miesięcy przed włączeniem do programu lekowego oraz a) z dodatkowo przebytym zawałem serca w wywiadzie i wielonaczyniową chorobą wieńcową, zdefiniowaną jako co najmniej 50% zwężenie światła naczynia w co najmniej 2 naczyniach lub b) z chorobą miażdżycową tętnic innych niż wieńcowe, rozumianą jako: – choroba tętnic obwodowych (PAD), tj. i. chromanie przestankowe ze wskaźnikiem kostka-ramię (ABI) <0,85, lub ii. przebyta rewaskularyzacja tętnic obwodowych, lub		lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

iii. amputacja kończyny z powodu choroby miażdżycowej; lub – choroba tętnic mózgowych, tj. i. przebyty udar mózgu niedokrwienny, lub ii. przemijający atak niedokrwienny (TIA) **1.3.** Do programu lekowego, w celu zapewnienia kontynuacji terapii, mogą być ponadto kwalifikowani pacjenci, którzy otrzymują obecnie leczenie ewolokumabem lub alirokumabem i spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego w chwili rozpoczęcia leczenia ewolokumabem lub alirokumabem oraz nie spełnili kryteriów opisanych w pkt.3. **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 3. **3. Kryteria zakończenia udziału w programie** 1) wystąpienie ciężkich reakcji alergicznych po podaniu leku; 2) brak skuteczności po 3 miesiącach leczenia, rozumiany jako redukcja stężenia LDL-C o < 30% w stosunku do wartości wyjściowej określonej: a) przed rozpoczęciem procedury LDL aferezy, w przypadku pacjentów, u których była ona stosowana w chwili włączenia do programu lekowego, b) w momencie włączenia do programu lekowego, w przypadku pacjentów, którzy nie byli wcześniej leczeni LDL aferezą (w tym pacjentów włączonych do programu zgodnie z pkt. 1.2.),		

c) w momencie rozpoczęcia terapii, w przypadku pacjentów włączonych do programu zgodnie z pkt. 1.3. **3.2. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu** 1) hiperlipidemia wtórna; 2) homozygotyczna postać hipercholesterolemii rodzinnej; 3) ciężkie zaburzenia czynności nerek (eGFR < 30 ml/min/1,73 m^2); 4) ciężkie zaburzenia czynności wątroby (klasa C wg skali Childa-Pugha); 5) ciąża; 6) karmienie piersią; 7) nadwrażliwość na ewolokumab lub alirokumab lub którąkolwiek z substancji pomocniczych.		

Załącznik B.102

LECZENIE RDZENIOWEGO ZANIKU MIĘŚNI (ICD-10 G12.0, G12.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynujący ds. kwalifikacji i weryfikacji leczenia w programie leczenia rdzeniowego zaniku mięśni. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) Do leczenia nusinersenem kwalifikowani są przedobjawowi i objawowi pacjenci z rozpoznaniem rdzeniowego zaniku mięśni 5q potwierdzonego badaniem genetycznym; 2) W celu zapewnienia kontynuacji terapii do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci uprzednio leczeni nusinersenem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że na dzień rozpoczęcia terapii mieli rozpoznanie rdzeniowego zaniku mięśni 5q potwierdzone badaniem genetycznym oraz jednocześnie nie spełniali kryteriów wyłączenia z programu określonych w ust. 3; 3) W przypadku pacjentów, którzy wcześniej otrzymali leczenie onasemnogene abeparvovec, risdiplamem lub branaplamem w ramach badań klinicznych, programów wczesnego dostępu lub w ramach innego sposobu finansowania terapii, we wniosku dotyczącym włączenia do programu lekowego konieczne jest	**1. Dawkowanie** Dawkowanie nusinersenu oraz sposób modyfikacji dawkowania zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego (aktualną na dzień wydania decyzji refundacyjnej). W przypadku pacjentów wymagających znieczulenia ogólnego do wykonania nakłucia lędźwiowego - znieczulenie ogólne zgodnie z obowiązującymi w ośrodku procedurami. W uzasadnionych kliniczne przypadkach dopuszcza się podanie nusinersenu dooponowo przez nakłucie podpotyliczne w przypadku kiedy podanie leku dooponowo drogą nakłucia lędźwiowego nie jest możliwe.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) badanie genetyczne potwierdzające delecję lub mutację genu SMN1; 2) badanie potwierdzające liczbę kopii genu SMN2; 3) badanie neurologiczne z oceną w skali CHOP-INTEND lub HINE, lub HFMSE - stosownie do wieku i typu SMA; 4) konsultacja rehabilitacyjna i/lub fizjoterapeutyczna oraz ustalenie planu rehabilitacji dla pacjenta; 5) badania biochemiczne, w tym oceniające funkcję wątroby, nerek (białkomocz) i układu krzepnięcia (koagulogram); 6) morfologia krwi z rozmazem; 7) konsultacja anestezjologiczna - u pacjentów, którzy wymagają znieczulenia ogólnego; 8) konsultacja ortopedyczna - w przypadku znacznej skoliozy; 9) konsultacja gastroenterologiczna i/lub dietetyczna w zależności od stanu klinicznego pacjenta 10) test ciążowy wraz z oświadczeniem o stosowaniu skutecznej antykoncepcji w trakcie trwania terapii - u kobiet w wieku reprodukcyjnym.

zaraportowanie tych terapii wraz z podaniem czasu ich trwania oraz ich skuteczności, czyli liczby punktów w odpowiedniej skali funkcjonalnej sprzed terapii i po jej zakończeniu. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie powinno być stosowane tak długo jak osiągana jest skuteczność kliniczna oraz nie wystąpią kryteria wyłączenia. Łączny czas leczenia pacjenta nusinersenem zależy od decyzji lekarza prowadzącego. Po podaniu 6 dawki, niezależnie od mechanizmu finansowania terapii w jakim to nastąpiło, a następnie przed podaniem każdej kolejnej dawki przeprowadza się ocenę skuteczności leczenia. Po ukończeniu 18 r.ż. nie ma konieczności ponownej kwalifikacji pacjenta do programu po przeniesieniu leczenia do ośrodka dla dorosłych. Leczenie powinno być kontynuowane w ośrodku dla dorosłych tak długo jak osiągana jest skuteczność kliniczna oraz nie wystąpią kryteria wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) Zaawansowana skolioza uniemożliwiająca podanie dokanałowe leku; 2) Przeciwskazania bezwzględne do nakłucia lędźwiowego; 3) Drenaż płynu mózgowo-rdzeniowego; 4) Pogorszenie w odpowiednio dobranej do wieku i typu SMA, skali:		**2. Monitorowanie leczenia** 1) Badanie neurologiczne przed każdym podaniem dawki; 2) Badanie w skali CHOP-INTEND lub HINE, lub HFMSE (stosownie do wieku i typu SMA) przy dawkach podtrzymujących; 3) Ocena przez fizjoterapeutę wykonania planu rehabilitacji; 4) Ocena gastroenterologa i/lub dietetyka w zależności od stanu pacjenta; 5) Ocena stanu odżywienia i wydolności oddechowej pacjenta w zależności od stanu, ale nie rzadziej niż raz do roku; 6) Badania biochemiczne, w tym oceniające funkcję wątroby, nerek (białkomocz) i układu krzepnięcia (koagulogram), wykonywane przed podaniem kolejnej dawki nusinersenu; 7) Morfologia krwi z rozmazem wykonywana przed podaniem kolejnej dawki nusinersenu; 8) W przypadku pacjentek w wieku reprodukcyjnym - test ciążowy każdorazowo przed każdym podaniem dawki. **3. Monitorowanie programu** 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) Uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej

a) CHOP INTEND, HINE poniżej poziomu sprzed włączenia do leczenia utrzymujące się w dwóch kolejnych badaniach realizowanych co 4 miesiące, lub b) HFMSE o więcej niż 2 punkty poniżej poziomu sprzed włączenia do terapii potwierdzone w dwóch kolejnych badaniach realizowanych co 4 miesiące; 5) Wystąpienie któregokolwiek z przeciwwskazań w trakcie trwania terapii: a) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; b) przeciwwskazania do nakłucia lędźwiowego; c) ciąża.		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.103.

LECZENIE CHORYCH NA PRZEWLEKŁĄ BIAŁACZKĘ LIMFOCYTOWĄ WENETOKLAKSEM LUB WENETOKLAKSEM W SKOJARZENIU Z RYTUKSYMABEM (ICD 10: C.91.1)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNEWYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr><td colspan="3">Część I: Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową wenetoklaksem w skojarzeniu z rytuksymabem (chorzy bez delecji 17p lub/i mutacji TP53)</td></tr>
<tr>
<td>1) Kryteria kwalifikacji:
Chorzy z potwierdzonym rozpoznaniem opornej lub nawrotowej przewlekłej białaczki limfocytowej (PBL), którzy spełniają wszystkie poniższe łącznie:
1) wiek 18 lat i powyżej;
2) stan sprawności wg ECOG 0–1;
3) brak przeciwwskazań do stosowania wenetoklaksu i rytuksymabu, które wynikają z Charakterystyk Produktów Leczniczych.
4) brak del17p lub/i mutacji TP53 (mTP53);
5) stwierdzona:
a) oporność PBL po co najmniej 1 linii immunochemioterapii (definiowana jako brak odpowiedzi lub nawrót PBL do 6 mies. od zakończenia uprzedniego leczenia) lub
b) wczesny nawrót PBL po pierwszej 1 linii immunochemioterapii (definiowany jako progresja PBL pomiędzy 6. a 24 mies. od zakończenia uprzedniego leczenia).</td>
<td>Dawkowanie:
1. Wenetoklaks:
Dawka początkowa wynosi 20 mg wenetoklaksu raz na dobę przez 7 dni. Dawkę należy stopniowo zwiększać przez okres 5 tygodni aż do osiągnięcia zalecanej dawki dobowej 400 mg jak pokazano na schemacie poniżej:
1) Tydzień 1
Zalecaną dawkę wenetoklaksu – doustnie 20 mg na dobę w jednej dawce.
2) Tydzień 2
Zalecaną dawkę wenetoklaksu – doustnie 50 mg na dobę w jednej dawce.
3) Tydzień 3
Zalecaną dawkę wenetoklaksu – doustnie 100 mg na dobę w jednej dawce.
4) Tydzień 4
Zalecaną dawkę wenetoklaksu – doustnie 200 mg na dobę w jednej dawce.
5) Tydzień 5 i kolejne</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji:
1) Badania niezbędne do ustalenia rozpoznania przewlekłej białaczki limfocytowej, o ile nie były wykonywane wcześniej:
a. morfologia krwi obwodowej wraz ze rozmazem;
b. badanie na obecność del17p lub/i mTP53;
c. ocena wydolności nerek i wątroby (kreatynina, eGFR, kwas moczowy, AST, ALT, bilirubina całkowita);
d. badania krwi obejmujące: stężenie potasu, stężenie fosforanów, stężenie wapnia, aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH) ;
e. ocena stopnia zaawansowania klinicznego wg klasyfikacji Rai'a lub Bineta;
f. ocena masy guza, w tym badanie obrazowe (USG j. brzusznej i rtg klatki piersiowej lub TK lub MRI, wybór rodzaju badań obrazowych – do decyzji lekarza).
2) EKG;
3) przesiewowe badanie w kierunku obecności wirusowego zapalenia wątroby typu B (w tym HBsAg, HBcAb);
4) test ciążowy.</td>
</tr>
</table>

Do programu lekowego, w celu zapewnienia kontynuacji terapii, kwalifikowani są pacjenci leczeni wenetoklaksem w skojarzeniu z rytuksymabem w ramach innych sposobów finansowania terapii, o ile na dzień rozpoczęcia terapii spełniali kryteria kwalifikacji wskazane w punkcie 1. oraz jednocześnie nie spełniali kryteriów niepozwalających na zakwalifikowanie do programu ze względu na bezpieczeństwo, określonych w pkt 3. Kobiety w wieku rozrodczym muszą stosować wysoce skuteczne metody zapobiegania ciąży podczas stosowania wenetoklaksu i rytuksymabu oraz 30 dni po zaprzestaniu leczenia wenetoklaksem i 12 mies. po zakończeniu leczenia rytuksymabem. **2) Określenie czasu leczenia w programie:** Leczenie trwa do 24 miesięcy licząc od jednoczesnego podania dawki 400 mg wenetoklaksu i podania rytuksymabu w 1 dniu 1 cyklu, o ile nie wystąpią kryteria uniemożliwiające udział w programie. **3) Kryteria uniemożliwiające udział w programie:** 1) jednoczesne stosowanie silnych inhibitorów/induktorów CYP3A4 w czasie miareczkowania dawki wenetoklaksu; 2) jednoczesne stosowanie preparatów zawierających dziurawiec zwyczajny; 3) aktywne, ciężkie zakażenia; 4) stan silnie obniżonej odporności; 5) ciąża lub karmienie piersią; 6) nadwrażliwość na wenetoklaks i/lub rytuksymab i/lub białka mysie i/lub którąkolwiek substancję pomocniczą preparatów; 7) aktywne zapalenie wątroby typu B.	Zalecaną dawkę wenetoklaksu – doustnie 400 mg na dobę w jednej dawce. Dopuszcza się modyfikacje dawkowania zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego. Przed rozpoczęciem leczenia wenetoklaksem należy dokonać oceny ryzyka zespołu rozpadu guza (TLS). Na podstawie oceny lekarza, u niektórych pacjentów, zwłaszcza tych z wysokim ryzykiem wystąpienia TLS może być konieczne leczenie szpitalne w dniu przyjęcia pierwszej dawki wenetoklaksu w celu intensywnej profilaktyki i monitorowania w ciągu pierwszych 24 godzin. Po powtórnej ocenie ryzyka należy rozważyć hospitalizację podczas kolejnego zwiększania dawki. **2. 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. Leczenie wenetoklaksem w dawce 400 mg, zgodnie z ChPL, powinno być kontynuowane w trakcie cykli leczenia rytuksymabem i po ich zakończeniu do 24 miesięcy licząc od podania rytuksymabu w 1 dniu pierwszego cyklu	**2. Monitorowanie leczenia:** 1) **W trakcie leczenia wenetoklaksem:** Przed pierwszym podaniem oraz każdego tygodnia przez okres dostosowania dawki wszystkie wymienione poniżej badania: a) morfologia krwi z rozmazem; b) stężenie potasu; c) stężenie kwasu moczowego; d) stężenie fosforanów; e) stężenie wapnia; f) stężenie kreatyniny. 2) Po okresie dostosowywania dawki poniższe badania wg schematu : • **co miesiąc** morfologia krwi z rozmazem; • **co 3 miesiące:** a) stężenie potasu, b) stężenie kwasu moczowego; c) stężenie fosforanów; d) stężenie wapnia; e) stężenie kreatyniny; f) stężenie bilirubiny całkowitej; g) ALT, AST; h) aktywność LDH; **Dodatkowo w okresie leczenia rytuksymabem:** **co 28 dni** EKG. **Ocena odpowiedzi na leczenie:** Pierwsza ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona po 3 mies. terapii, kolejne co 3 miesiące przez pierwszy rok terapii, następnie co 6 miesięcy.

4) Kryteria wyłączenia z udziału w programie: 1) progresja choroby w trakcie leczenia, w tym transformacja do bardziej agresywnego chłoniaka lub 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na weneteoklaks i/lub rytuksymab i/lub na którąkolwiek substancję pomocniczą preparatu; 3) stwierdzenie nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania zaleceń dotyczących modyfikacji dawkowania zgodnie z ChPL; 4) wystąpienie postępującej wieloogniskowej leukoencefalopatii lub ciężkich reakcji skórnych (toksyczna nekroliza naskórka, zespół Stevensa Jonhsona) podczas okresu leczenia rytuksymabem; 5) wystąpienie niekontrolowanej autoimmunologicznej anemii hemolitycznej lub immunologicznej trombocytopenii; 6) ciąża lub karmienie piersią; 7) rezygnacja pacjenta.		Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona zgodnie z zaleceniami International Workshop on Chronic Lymphocytic Leukemia (iwCLL). **3. Monitorowanie programu:** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowo przedstawianie na żądanie kontrolerów NFZ; 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: Informacje przekazuje się w formie papierowej i/lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
Część II: Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową wenetoklaksem w skojarzeniu z rytuksymabem (chorzy z delecją 17p lub mutacją *TP53*)		
1) Kryteria kwalifikacji: Chorzy z potwierdzonym rozpoznaniem opornej lub nawrotowej przewlekłej białaczki limfocytowej (PBL), którzy spełniają wszystkie poniższe kryteria łącznie: 1) wiek 18 lat i powyżej 2) stan sprawności wg ECOG 0–1 3) brak przeciwwskazań do stosowania wenetoklaksu i rytuksymabu, które wynikają z Charakterystyk Produktów Leczniczych 4) potwierdzona obecność delecji 17p (del17p) lub mutacji *TP53* (m*TP53*).	**Dawkowanie:** **1. Wenetoklaks:** Dawka początkowa wynosi 20 mg wenetoklaksu raz na dobę przez 7 dni. Dawkę należy stopniowo zwiększać przez okres 5 tygodni aż do osiągnięcia zalecanej dawki dobowej 400 mg jak pokazano na schemacie poniżej: **1) Tydzień 1** Zalecaną dawkę wenetoklaksu – doustnie 20 mg na dobę w jednej dawce. **2) Tydzień 2**	**1. Badania przy kwalifikacji:** 1) Badania niezbędne do ustalenia rozpoznania przewlekłej białaczki limfocytowej, o ile nie były wykonywane wcześniej: a. morfologia krwi obwodowej wraz ze rozmazem; b. badanie na obecność del17p lub/i m*TP53;* c. ocena wydolności nerek i wątroby (kreatynina, eGFR, kwas moczowy, AST, ALT, bilirubina całkowita); d. badania krwi obejmujące: stężenie potasu, stężenie fosforanów, stężenie wapnia, aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH) ; e. ocena stopnia zaawansowania klinicznego wg klasyfikacji Rai'a lub Bineta;

Kobiety w wieku rozrodczym muszą stosować wysoce skuteczne metody zapobiegania ciąży podczas stosowania wenetoklaksu i rytuksymabu oraz 30 dni po zaprzestaniu leczenia wenetoklaksem i 12 mies. po zakończeniu leczenia rytuksymabem. **2) Określenie czasu leczenia w programie:** Leczenie w programie trwa do 24 miesięcy licząc od jednoczesnego podania dawki 400 mg wenetoklaksu i podania rytuksymabu w 1 dniu 1 cyklu , o ile nie wystąpią kryteria uniemożliwiające udział w programie. **3) Kryteria uniemożliwiające udział w programie:** 1) jednoczesne stosowanie silnych inhibitorów/induktorów CYP3A4 w czasie miareczkowania dawki wenetoklaksu 2) jednoczesne stosowanie preparatów zawierających dziurawiec zwyczajny 3) aktywne, ciężkie zakażenia 4) stan silnie obniżonej odporności 5) ciąża lub karmienie piersią 6) nadwrażliwość na wenetoklaks i/lub rytuksymab i/lub białka mysie i/lub którąkolwiek substancję pomocniczą preparatów 7) aktywne zapalenie wątroby typu B.	Zalecaną dawkę wenetoklaksu – doustnie 50 mg na dobę w jednej dawce. **3) Tydzień 3** Zalecaną dawkę wenetoklaksu – doustnie 100 mg na dobę w jednej dawce. **4) Tydzień 4** Zalecaną dawkę wenetoklaksu – doustnie 200 mg na dobę w jednej dawce. **5) Tydzień 5 i kolejne** Zalecaną dawkę wenetoklaksu – doustnie 400 mg na dobę w jednej dawce. Dopuszcza się modyfikacje dawkowania zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego. Przed rozpoczęciem leczenia wenetoklaksem należy dokonać oceny ryzyka zespołu rozpadu guza (TLS). Na podstawie oceny lekarza, u niektórych pacjentów, zwłaszcza tych ze wysokim ryzykiem wystąpienia TLS może być konieczne leczenie szpitalne w dniu przyjęcia pierwszej dawki wenetoklaksu w celu intensywnej profilaktyki i monitorowania w ciągu pierwszych 24 godzin. Po powtórnej ocenie ryzyka należy rozważyć hospitalizację podczas kolejnego zwiększania dawki. **2. 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	f. ocena masy guza, w tym badanie obrazowe (USG j. brzusznej i rtg klatki piersiowej lub TK lub MRI, wybór rodzaju badań obrazowych – do decyzji lekarza). 2) EKG; 3) przesiewowe badanie w kierunku obecności wirusowego zapalenia wątroby typu B (w tym HBsAg, HBcAb); 4) test ciążowy. **2. Monitorowanie leczenia:** 1) **W trakcie leczenia wenetoklaksem:** Przed pierwszym podaniem oraz każdego tygodnia przez okres dostosowania dawki wszystkie wymienione poniżej badania: a) morfologia krwi z rozmazem; b) stężenie potasu; c) stężenie kwasu moczowego; d) stężenie fosforanów; e) stężenie wapnia; f) stężenie kreatyniny. 2) Po okresie dostosowywania dawki poniższe badania wg schematu : • **co miesiąc** morfologia krwi z rozmazem; • **co 3 miesiące:** a) stężenie potasu, b) stężenie kwasu moczowego; c) stężenie fosforanów; d) stężenie wapnia; e) stężenie kreatyniny; f) stężenie bilirubiny całkowitej; g) ALT, AST; h) aktywność LDH;

4) Kryteria wyłączenia z udziału w programie: 1) progresja choroby w trakcie leczenia, w tym transformacja do bardziej agresywnego chłoniaka 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na wenetoklaks i/lub rytuksymab i/lub na którąkolwiek substancję pomocniczą preparatu 3) stwierdzenie nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania zaleceń dotyczących modyfikacji dawkowania zgodnie z ChPL. 4) wystąpienie postępującej wieloogniskowej leukoencefalopatii lub ciężkich reakcji skórnych (toksyczna nekroliza naskórka, zespół Stevensa Jonhsona) podczas okresu leczenia rytuksymabem 5) wystąpienie niekontrolowanej autoimmunologicznej anemii hemolitycznej lub immunologicznej trombocytopenii 6) ciąża lub karmienie piersią 7) rezygnacja pacjenta.	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. Leczenie wenetoklaksem w dawce 400 mg, zgodnie z ChPL, powinno być kontynuowane w trakcie cykli leczenia rytuksymabem i po ich zakończeniu do 24 miesięcy licząc od podania rytuksymabu w 1 dniu pierwszego cyklu.	**Dodatkowo w okresie leczenia rytuksymabem:** **co 28 dni** EKG. **Ocena odpowiedzi na leczenie:** Pierwsza ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona po 3 mies. terapii, kolejne co 3 miesiące przez pierwszy rok terapii, następnie co 6 miesięcy. Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona zgodnie z zaleceniami International Workshop on Chronic Lymphocytic Leukemia (iwCLL). **3. Monitorowanie programu:** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowo przedstawianie na żądanie kontrolerów NFZ; 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: Informacje przekazuje się w formie papierowej i/lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
Część III: Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową wenetoklaksem (chorzy z delecją 17p lub mutacją *TP53*, u których nie powiodło się leczenie ibrutynibem)		
1. Kryteria kwalifikacji: Do leczenia kwalifikowani są pacjenci ze zdiagnozowaną przewlekłą białaczką limfocytową spełniający łącznie wszystkie poniższe kryteria: A. 1) wiek 18 lat i powyżej;	**Dawkowanie wenetoklaksu:** Dawka początkowa wynosi 20 mg wenetoklaksu raz na dobę przez 7 dni. Dawkę należy stopniowo zwiększać przez okres 5 tygodni aż do osiągnięcia zalecanej dawki dobowej 400 mg wg poniższego schematu:: **1) Tydzień 1**	**1. Badania do kwalifikacji:** 1) Badania niezbędne do ustalenia progresji przewlekłej białaczki limfocytowej, o ile nie były wykonane wcześniej: a) morfologia krwi obwodowej z rozmazem; b) badanie na obecność delecji 17p lub/i m*TP53*;

2) obecność wskazań do leczenia wg propozycji International Workshop on Chronic Lymphocytic Leukemia (IWCLL);
3) pacjenci z obecnością delecji w obszarze 17p lub mutacją *TP53*, u których nie powiodło się leczenie ibrutynibem
4) brak przeciwskazań wynikających z Charakterystyki Produktu Leczniczego.

lub

B.

Pacjenci, którzy rozpoczęli leczenie wenetoklaksem w ramach innych źródeł finansowania pod warunkiem spełniania kryteriów kwalifikacji (pkt A) przed pierwszorazowym podaniem wenetoklaksu.

Kobiety w wieku rozrodczym muszą stosować wysoce skuteczne metody zapobiegania ciąży podczas stosowania wenetoklaksu i przez 30 dni po zaprzestaniu leczenia.
Do programu lekowego nie kwalifikuje się kobiet w ciąży.

2. Określenie czasu leczenia w programie:

Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia.

3. Kryteria wyłączenia z programu:

1) nieakceptowalna toksyczność;
2) progresja choroby w trakcie leczenia;
3) ciąża lub karmienie piersią;
4) rezygnacja pacjenta.

Zalecaną dawkę wenetoklaksu– doustnie 20 mg na dobę w jednej dawce.

2) Tydzień2

Zalecaną dawkę wenetoklaksu– doustnie 50 mg na dobę w jednej dawce.

3) Tydzień 3

Zalecaną dawkę wenetoklaksu– doustnie 100 mg na dobę w jednej dawce.

4) Tydzień 4

Zalecaną dawkę wenetoklaksu– doustnie 200mg na dobę w jednej dawce.

5) Tydzień 5 i kolejne

Zalecaną dawkę wenetoklaksu– doustnie 400 mg na dobę w jednej dawce.

Dopuszcza się modyfikacje dawkowania zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.

Przed rozpoczęciem leczenia wenetoklaksem należy dokonać oceny ryzyka zespołu rozpadu guza (TLS).

Na podstawie oceny lekarza, u niektórych pacjentów, zwłaszcza tych ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia TLS może być konieczne leczenie szpitalne w dniu przyjęcia pierwszej dawki wenetoklaksu w celu intensywnej profilaktyki i monitorowania w ciągu pierwszych 24 godzin. Po powtórnej ocenie ryzyka należy rozważyć hospitalizację podczas kolejnego zwiększania dawki.

c) ocena wydolności nerek i wątroby (kreatynina, eGFR, kwas moczowy, mocznik, AST, ALT, bilirubina całkowita);
d) badania krwi obejmujące: stężenie potasu, stężenie fosforanów, stężenie wapnia, aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH) ;
e) ocena stopnia zaawansowania klinicznego wg klasyfikacji Rai'a lub Bineta;
f) ocena masy guza, w tym badania obrazowe (USG j. brzusznej i rtg klatki piersiowej lub TK lub MRI, wybór rodzaju badań obrazowych – do decyzji lekarza).

2) Test ciążowy.

2. Monitorowanie leczenia:

1) Przed pierwszym podaniem oraz każdego tygodnia przez okres dostosowania dawki wszystkie wymienione poniżej badania:
a) morfologia krwi z rozmazem;
b) stężenie potasu,
c) stężenie kwasu moczowego;
d) stężenie fosforanów;
e) stężenie wapnia;
f) stężenie kreatyniny;
2) Po okresie dostosowywania dawki poniższe badania wg schematu poniżej:
- **co miesiąc** morfologia krwi z rozmazem;
- **co 3 miesiące:**

a) stężenie potasu,
b) stężenie kwasu moczowego
c) stężenie fosforanów;
d) stężenie wapnia;
e) stężenie kreatyniny;
f) stężenie bilirubiny całkowitej;
g) ALT, AST;

		h) aktywność LDH. 3) Ocena odpowiedzi na leczenie. Pierwsza ocena odpowiedzi na leczenie przeprowadzona po 3 miesiącach terapii, kolejne co 3 miesiące przez pierwszy rok od rozpoczęcia terapii, następnie co 6 miesięcy. Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona zgodnie z zaleceniami International Workshop on Chronic Lymphocytic Leukemia (iwCLL). **3. Monitorowanie programu:** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowo przedstawianie na żądanie kontrolerów NFZ; 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się w formie papierowej i/lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia

Załącznik B.104.

LECZENIE CHOROBY FABRY'EGO (ICD 10 E.75.2)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się co 6 miesięcy w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. **1. Kryteria kwalifikacji do leczenia agalzydazą beta lub agalzydazą alfa lub migalastatem** Do leczenia agalzydazą beta lub agalzydazą alfa kwalifikują się pacjentci spełniający łącznie punkty 1,2 i 3. Do leczenia migalastatem kwalifikują się pacjenci spełniający łącznie punkty 1,2,3 i 4. 1) W przypadku leczenia agalzydazą beta i agalzydazą alfa pacjenci od 8 roku życia, a w przypadku migalastatu powyżej 16 roku życia; 2) Pacjenci ze stwierdzoną objawową (wystąpienie co najmniej jednego z powikłań narządowych, niewyjaśnionych w pełni przez inną przyczynę) klasyczną lub nieklasyczną postacią choroby Fabry'ego;	**Dawkowanie agalzydazy beta** Dawka preparatu agalzydazy beta wynosi 1mg/kg masy ciała, podawana raz na dwa tygodnie, w postaci infuzji dożylnej. Podawanie preparatu agalzydazy beta prowadzi się zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego. **Dawkowanie agalzydazy alfa** Agalzydaza alfa jest podawana w dawce 0,2 mg/kg masy ciała, co drugi tydzień, we wlewach dożylnych trwających około 40 minut. Podawanie preparatu agalzydazy alfa prowadzi się zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego. **Dawkowanie migalastatu** Zalecany schemat dawkowania wynosi 123 mg migalastatu, co drugi dzień, o tej samej porze dnia. Podawanie migalastatu prowadzi się zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) Poziom globotriaozylosfingozyny (lyso-Gb3); 2) Badanie genetyczne oraz ocena aktywności alfa-galaktozydazy A w leukocytach lub fibroblastach skóry, lub osoczu, lub w surowicy(zgodnie z kryteriami kwalifikacji); 3) Morfologia krwi z rozmazem; 4) Wysokość i masa ciała; 5) Próby wątrobowe: AlAT, AspAT, kinaza kreatynowa (CK), stężenie bilirubiny całkowitej; ogólne badanie moczu; stężenie kreatyniny i mocznika; współczynnik przesączania kłębuszkowego (eGFR); wydalanie białka z moczem – proteinuria i albuminuria; stężenie glukozy na czczo i lipidogram; troponina; 6) USG jamy brzusznej z oceną nerek; 7) EKG, echokardiografia spoczynkowa, 24-godzinne monitorowanie EKG metodą Holtera, MRI serca (w uzasadnionych przypadkach), ciśnienie krwi tętniczej; 8) Konsultacja kardiologiczna, nefrologiczna, neurologiczna; 9) Rezonans magnetyczny mózgu;

3) Rozpoznanie choroby Fabry'ego udokumentowane wynikiem: a) u mężczyzn: badania biochemicznego aktywności alfa galaktozydazy A (brak lub znaczny niedobór aktywności enzymu w odniesieniu do normy laboratorium wykonującego badanie - norma wyniku musi być zawarta w karcie kwalifikacji pacjenta) w teście suchej kropli krwi, w osoczu lub leukocytach krwi obwodowej lub fibroblastach oraz badanie genetyczne na obecność patogennej mutacji w obrębie genu GLA; b) u kobiet: badanie biochemiczne aktywności alfa galaktozydazy A (niedobór aktywności enzymu w odniesieniu do normy laboratorium wykonującego badanie; chociaż w przypadku ewidentnych objawów klinicznych choroby prawidłowa aktywność alfa galaktozydazy A nie wyklucza kwalifikacji do terapii – norma laboratorium musi być zawarta w karcie kwalifikacji pacjenta) w teście suchej kropli krwi, osoczu lub leukocytach krwi obwodowej lub fibroblastach oraz badanie genetycznego wskazujące na obecność patogennej mutacji w obrębie genu GLA; 4) Obecność mutacji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego oraz GFR $\geq$ 30 ml/min/1,73 m^2; Do programu kwalifikowani są także pacjenci wymagający kontynuacji enzymatycznej terapii zastępczej, w ocenie Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich, o ile na dzień rozpoczęcia terapii spełniali kryteria włączenia do programu. Do programu włączane są, po zweryfikowaniu ogólnego stanu zdrowia pacjenta umożliwiającego leczenie w programie, bez konieczności ponownej kwalifikacji, pacjentki wyłączone z		10) Badanie fizykalne oraz wywiad lekarza prowadzącego w kierunku charakterystycznych objawów choroby Fabry'ego (w tym: tolerancji ciepła i zimna, bólu, pocenia się, objawów gastrologicznych i angiokeratomy); 11) Ocena jakości życia i bólu na podstawie najbardziej optymalnego w ocenie lekarza prowadzącego kwestionariusza – należy podać nazwę skali/kwestionariusza według której oceniano jakość życia i nasilenie bólu; 12) Badanie audiometryczne, konsultacja laryngologiczna lub audiologiczna (w uzasadnionych przypadkach); 13) Konsultacja okulistyczna, z oceną dna oka i przedniego odcinka oka (w uzasadnionych przypadkach); 14) Konsultacja dermatologiczna, z oceną zmian skórnych w kierunku angiokeratomy i potliwości (w uzasadnionych przypadkach). **2. Monitorowanie leczenia** Weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się, co 6 miesięcy od rozpoczęcia leczenia, w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. Decyzję o przedłużeniu lub zakończeniu leczenia podejmuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii, zawierającej wyniki badań: 1) Wysokość i masa ciała; 2) Morfologia krwi z rozmazem; 3) Próby wątrobowe: AlAT, AspAT, kinaza kreatynowa (CK), stężenie bilirubiny całkowitej; stężenie kreatyniny i mocznika; współczynnik przesączania kłębuszkowego

programu w związku z ciążą albo laktacją, które w momencie wyłączenia spełniały pozostałe kryteria przedłużenia leczenia. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. Ciąża lub karmienie piersią w trakcie leczenia mogą stanowić podstawę do podjęcia decyzji o zawieszeniu terapii. **3. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do rozpoczęcia leczenia agalzydazą beta lub agalzydaza alfa lub migalastatem** 1) Dzieci poniżej 8. roku życia (agalzydaza beta lub agalzydaza alfa) lub poniżej 16. roku życia (migalastat); 2) Brak odpowiedniej mutacji – dotyczy migalastatu; 3) Jednoczasowe stosowanie enzymatycznej terapii zastępczej – dotyczy migalastatu; 4) Poważna reakcja nadwrażliwości na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 5) Stosowanie chlorochiny, amiodaronu, monobenzonu lub gentamycyny – dotyczy leczenia agalzydazą beta lub agalzydaza alfa; 6) Dializoterapia - dotyczy migalastatu; 7) GFR < 30 ml/min/1,73m^2 - dotyczy migalastatu: 8) Pacjenci z bezobjawową postacią choroby; 9) Ciąża lub laktacja;		(eGFR), wydalanie białka z moczem – proteinuria i albuminuria, lipidogram; 4) EKG, echokardiografia spoczynkowa, w uzasadnionych przypadkach 24-godzinne monitorowanie EKG metodą Holtera, ciśnienie krwi tętniczej oraz MRI serca (w uzasadnionych przypadkach); 5) Konsultacja kardiologiczna, nefrologiczna, neurologiczna; 6) Rezonans magnetyczny ośrodkowego układu nerwowego (jeżeli w opinii lekarza prowadzącego zachodzi uzasadniona potrzeba); 7) Badanie fizykalne oraz wywiad lekarza prowadzącego w kierunku charakterystycznych objawów choroby Fabry'ego (w tym: tolerancji ciepła i zimna, bólu, pocenia, objawów gastrologicznych i angiokeratomy) oraz tolerancji podawanego leku; 8) Ocena jakości życia i bólu na podstawie najbardziej optymalnego w ocenie lekarza prowadzącego kwestionariusza – należy podać nazwę skali/kwestionariusza według której oceniano jakość życia i nasilenie bólu; 9) Poziom globotriaozylosfingozyny (lyso-Gb3); 10) Ocena miana przeciwciał przeciwko alfa-galaktozydazie (w uzasadnionych przypadkach); 11) Badanie audiometryczne, konsultacja laryngologiczna lub audiologiczna (w uzasadnionych przypadkach); 12) Konsultacja okulistyczna, z oceną dna oka i przedniego odcinka oka (w uzasadnionych przypadkach);

10) Zaawansowana choroba serca z rozległymi zwłóknieniami lub schyłkowa niewydolność serca (NYHA 4) bez możliwości przeszczepu, o ile choroba serca jest jedynym (objawowym) wskazaniem do rozpoczęcia terapii; 11) Zawansowane zmiany w zakresie OUN; 12) Końcowe stadium choroby nerek, bez możliwości przeszczepu; 13) Końcowe stadium choroby Fabry'ego lub obecność ciężkich chorób współtowarzyszących, lub innych poważnych wrodzonych anomalii, które w ocenie lekarza kwalifikującego do leczenia lub Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich mogą uniemożliwić poprawę stanu zdrowia świadczeniobiorcy. **4. Kryteria wyłączenia z programu leczenia agalzydazą beta lub agalzydazą alfa lub migalastatem** 1) Wystąpienie zagrażającej życiu nadwrażliwości na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 2) Wystąpienie ciężkich zdarzeń niepożądanych; 3) Rozpoczęcie terapii chlorochiną, amiodaronem, monobenzonem lub gentamycyną – dotyczy leczenia agalzydazą beta lub agalzydazą alfa; 4) Ciąża lub laktacja; 5) Znaczna progresja choroby pomimo leczenia; 6) Brak współpracy pacjenta przy realizacji programu.		13) Konsultacja dermatologiczna, z oceną zmian skórnych w kierunku angiokeratomy i potliwości (w uzasadnionych przypadkach). **3. Monitorowanie programu** 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowo przedstawianie na żądanie kontrolerów NFZ; 2) Uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: Informacje przekazuje się w formie papierowej i/lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.105.

LECZENIE ZAPALENIA BŁONY NACZYNIOWEJ OKA (ZBN) – CZĘŚĆ POŚREDNIA, ODCINEK TYLNY LUB CAŁA BŁONA NACZYNIOWA (ICD-10 H 20.0, H 30.0)

<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>1. Kryteria kwalifikacji:
Pacjent jest kwalifikowany do programu przez Zespół Koordynacyjny, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.
Do oceny stanu klinicznego pacjentów stosowane są kryteria SUN opisane w standaryzacji nomenklatury zapaleń błony naczyniowej (Standarization of Uveitis Nomenclature).

Do leczenia adalimumabem w ramach programu lekowego kwalifikują się świadczeniobiorcy spełniający następujące kryteria (konieczne jest łączne spełnienie kryteriów przedstawionych w punkcie a i b oraz jednego z kryteriów wskazanych w punkcie c, d i e).
a) wiek chorego ≥ 18 r.ż.;
b) chorzy z niezakaźnym przewlekłym, przetrwałym lub nawrotowym ZBN (części pośredniej, odcinka tylnego lub całej błony naczyniowej);
c) niemożliwe do osiągnięcia stadium nieaktywne choroby przy dawce ≤ 10 mg prednizolonu (lub dawce równoważnej innego leku steroidowego) lub terapii lekami immunosupresyjnymi, lub kombinacji leczenia obu typami leków po kursie leczenia trwającym 15 tygodni. Choroba nieaktywna definiowana jest jako:
— brak aktywnej zapalnej zmiany naczyniówki i siatkówki i/lub naczyń siatkówki,
— stopień nacieków komórkowych w komorze przedniej oka ≤0,5+ według kryteriów SUN,</td>
<td>1. Dawkowanie:
Dawka początkowa adalimumabu u dorosłych pacjentów wynosi 80 mg podskórnie, a następnie po upływie jednego tygodnia od podania dawki początkowej stosuje się dawkę 40 mg podskórnie podając adalimumab co drugi tydzień.

Chorzy stosujący terapię steroidową w chwili włączenia do programu powinni ją kontynuować. Dawka kortykosteroidu powinna być jednak systematycznie zmniejszana zgodnie z zaleceniami przedstawionymi w odpowiedniej Charakterystyce Produktu Leczniczego.</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia adalimumabem:
W ramach kwalifikacji chorego do udziału w programie należy wykonać następujące badania:
a) morfologia krwi obwodowej lub morfologia krwi obwodowej z rozmazem;
b) płytki krwi (PLT);
c) odczyn Biernackiego (OB);
d) aminotransferaza alaninowa (AlAT);
e) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT);
f) poziom kreatyniny w surowicy;
g) białko C-reaktywne;
h) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza);
i) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon;
j) testu na kiłę;
k) testu na boreliozę;
l) obecność antygenu HBs;
m) przeciwciała anty-HCV;
n) obecność antygenu wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo);
o) stężenie elektrolitów w surowicy;
p) RTG klatki piersiowej z opisem (do 6 miesięcy przed kwalifikacją);</td>
</tr>
</table>

— stopień przymglenia ciała szklistego oka ≤0,5+ według kryteriów SUN; d) konieczność zmniejszenia dawki kortykosteroidów lub odstawienia leczenia immunosupresyjnego, u chorych z chorobą nieaktywną u których udokumentowano co najmniej 1 zaostrzenie choroby występujące w czasie do 28 dni od rozpoczęcia zmniejszania dawki kortykosteroidów lub stabilizacji po odstawieniu obu typu leków trwającej krócej niż 3 miesiące; e) występowanie przeciwwskazań lub objawów nietolerancji terapii z zastosowaniem kortykosteroidów lub leków immunosupresyjnych. Do programu włączani są również chorzy, którzy byli uprzednio leczeni w ramach hospitalizacji według jednorodnych grup pacjentów (JGP) adalimumabem, pod warunkiem, że spełniali kryteria włączenia do programu. Kobiety w wieku rozrodczym muszą wyrazić zgodę na świadomą kontrolę urodzeń w trakcie leczenia adalimumabem oraz w okresie do 5 miesięcy po zastosowaniu ostatniej dawki adalimumabu. **2. Określenie czasu leczenia w programie:** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia. W przypadku braku powikłań leczenie prowadzone powinno być 24 miesiące. Za remisję należy uznać brak aktywności według kryteriów SUN trwający więcej niż 3 miesiące po odstawieniu leczenia. W przypadku nawrotów pacjent może być włączony do programu zgodnie z kryteriami włączenia. **3. Kryteria wyłączenia**: W przypadku wystąpienia co najmniej jednego z poniższych kryteriów pacjent zostaje wyłączony z programu: 1) niepowodzenie leczenia - wystąpienie w co najmniej 1 oku co najmniej 1 z poniższych zmian w czasie co najmniej 6 tygodni (chorzy z aktywną postacią ZBN) od rozpoczęcia terapii adalimumabem:		q) EKG z opisem; r) konsultację neurologiczną z ewentualnym badaniem MRI do decyzji lekarza konsultującego. s) konsultację ginekologiczną z wykluczeniem ciąży; t) ocena stopnia nacieków komórkowych w komorze przedniej oka oraz stopnia przymglenia ciała szklistego według kryteriów SUN; u) badanie okulistyczne z oceną najlepszej skorygowanej ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS, pomiarem ciśnienia wewnątrzgałkowego, oceną dna oka i plamki żółtej w badaniu optycznej koherentnej tomografii (OCT), ocena gałki ocznej w badaniu ultrasonograficznym typ B. **2. Monitorowanie leczenia adalimumabem:** 1) Monitorowanie stanu miejscowego na podstawie badania okulistycznego: a) przed podaniem pierwszej dawki leku; b) przed podaniem 5 dawki leku z oceną skuteczności leczenia w stosunku do stanu wyjściowego; c) przed podaniem kolejnej 5 dawki leku. Badanie okulistyczne powinno obejmować: — ocenę najlepszej skorygowanej ostrości wzroku do dali na tablicach Snellena lub EDTRS, — pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego, — ocenę przedniego odcinka i dna oka,

— powstanie nowych aktywnych zmian zapalnych naczyniówki lub siatkówki, lub naczyń siatkówki, — pogorszenie najlepszej skorygowanej ostrości wzroku do dali względem wartości początkowej o ≥ 15 liter (≥3 linie wg Snellena), — stopień nacieków komórkowych w komorze przedniej oka oraz przymglenie ciała szklistego oka wynoszące ≥0,5 dla pacjentów, którzy osiągnęli stopień 0 według kryteriów SUN, — zwiększenie stopnia nacieków komórkowych w komorze przedniej oka lub przymglenie ciała szklistego o ≥ 2 stopnie lub zwiększenie z +3 na +4 według kryteriów SUN; 2) nadwrażliwość na adalimumab; 3) wystąpienie działań niepożądanych związanych z lekiem uniemożliwiających jego dalsze stosowanie; 4) brak współpracy chorego z lekarzem prowadzącym: — niestosowanie się do zaleceń (uchylanie się od wykonywania badań laboratoryjnych), — nieregularne przyjmowanie leków (pominięcie 2 kolejnych dawek leku), — brak współpracy w monitorowaniu leczenia (niezgłaszanie się na wizyty kontrolne). **4. Przeciwwskazania do udziału w programie:** W przypadku wystąpienia co najmniej jednego z poniższych kryteriów pacjent nie może być włączony programu: 1) aktywne zakażenia (ostre lub przewlekłe) bakteryjne, wirusowe, grzybicze lub pasożytnicze (szczególnie gruźlica, infekcja wirusem HIV lub WZW typu B); 2) umiarkowana lub ciężka niewydolność mięśnia sercowego (klasa III/IV według NYHA); 3) niestabilna choroba wieńcowa; 4) przewlekła niewydolność oddechowa; 5) przewlekła niewydolność nerek;		— ocena plamki w badaniu optycznej koherentnej tomografii (OCT). Kryteria oceny skuteczności. Pogorszenie oceniane jest zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu. Za poprawę uważa się: — zmniejszenie liczby komórek w komorze przedniej lub zmniejszenie przymglenia ciała szklistego o ≤ 2 według kryteriów SUN przy stanie początkowym większym lub równym 2, — zmniejszenia liczby komórek w komorze przedniej lub przymglenia ciała szklistego do poziomu 0 według kryteriów SUN przy stanie początkowym mniejszym niż 2, — zmniejszenie się lub brak aktywnych zmian zapalnych naczyniówki lub siatkówki, lub naczyń siatkówki, — poprawę najlepszej skorygowanej ostrości wzroku o 3 linie według Snellena lub 15 liter na tablicy EDTRS w stosunku do wartości wyjściowych bądź stabilizację ostrości wzroku. 2) Monitorowanie stanu ogólnego na podstawie badań: a) przed podaniem 3 dawki leku (morfologia krwi obwodowej, CRP, OB, AlAT, AspAT); b) przed podaniem 5 dawki leku (morfologia krwi obwodowej, CRP, OB, AlAT, AspAT);

6) przewlekła niewydolność wątroby; 7) zespół demielinizacyjny lub objawy przypominające ten zespół; 8) choroba alkoholowa, poalkoholowe uszkodzenie wątroby lub każda czynna postępująca choroba wątroby; 9) ciąża lub karmienie piersią; 10) rozpoznanie stanów przednowotworowych lub nowotworów złośliwych w okresie do 5 lat poprzedzających moment kwalifikowania do programu; 11) ZBN przedniej komory oka; 12) podejrzewane lub potwierdzone zakaźne ZBN; 13) choroidopatia pełzająca; 14) zmętnienie rogówki lub soczewek uniemożliwiające ocenę dna oka; 15) zaćma kwalifikowana do operacji i uniemożliwiająca monitorowanie wyników leczenia w programie przez okres 24 miesiące; 16) niekontrolowana jaskra (brak regulacji ciśnienia wewnątrzgałkowego i stabilizacji zmian w polu widzenia przy ≥2 liczbie leków przeciwjaskrowych) mogąca wymagać leczenia operacyjnego w ciągu 24 miesięcy; 17) najlepsza skorygowana ostrość wzroku do dali <0,4 według Snellena (<20 liter EDTRS) w co najmniej jednym oku; 18) proliferacyjna retinopatia cukrzycowa lub nieproliferacyjna retinopatia cukrzycowa o ciężkim przebiegu bądź istotny klinicznie obrzęk plamki żółtej z powodu retinopatii cukrzycowej; 19) wysiękowa postać zwyrodnienie plamki związanego z wiekiem; 20) patologie złącza szklistkowo-siatkówkowego potencjalnie prowadzące do uszkodzenia struktury plamki żółtej niezależnie od procesu zapalnego; 21) brak przejrzystości ciała szklistego uniemożliwiający monitorowanie przebiegu leczenia; 22) obrzęk plamki żółtej jako jedyny objaw ZBN; 23) zapalenie nadtwardówki i twardówki.		c) przed podaniem kolejnej 5 dawki leku (morfologia krwi obwodowej, CRP, OB, AlAT, AspAT) – do decyzji lekarza prowadzącego; d) co 6 miesięcy należy wykonać próbę tuberkulinową lub test Quantiferon; e) co 6 miesięcy należy przeprowadzić konsultację neurologiczną z ewentualnym badaniem MRI do decyzji lekarza konsultującego. **3. Monitorowanie programu:** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo - rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.106.

PROFILAKTYKA REAKTYWACJI WIRUSOWEGO ZAPALENIA WĄTROBY TYPU B U ŚWIADCZENIOBIORCÓW PO PRZESZCZEPACH LUB U ŚWIADCZENIOBIORCÓW OTRZYMUJĄCYCH LECZENIE ZWIĄZANE Z RYZYKIEM REAKTYWACJI HBV (ICD-10 B 18.0, B 18.1, B 18.9, B 19.0, B 19.9, C 22.0, C 82, C 83, C 85, C 90.0, C 91, C 92, D 45, D 47, D 75, Z 94)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>1. Kryteria kwalifikacji
Do programu kwalifikują się świadczeniobiorcy u których wykrywa się obecność HBsAg i/lub przeciwciał anty-HBc przy wykrywalnym lub niewykrywalnym HBV DNA:
1.1. poddani transplantacji narządu/komórek krwiotwórczych
lub
1.2. zakwalifikowani do leczenia biologicznego związanego z wysokim lub średnim ryzykiem reaktywacji HBV (leczenie przeciwciałami monoklonalnymi anty-CD20, chemioterapią systemową, glikokortykosteroidami w dużych dawkach (≥20 mg dz. > 4 tygodnie) inhibitorami kinaz tyrozynowych, inhibitorami cytokin, inhibitorami immunofilin, inhibitorami TNF-alfa oraz inhibitorami proteasomów)
lub
1.3. leczeni z powodu raka wątrobowokomórkowego.

2. Określenie czasu leczenia w programie
Profilaktykę/leczenie HBV stosuje się przez cały okres leczenia biologicznego i 18 miesięcy po jego zakończeniu. W wybranych przypadkach terapię można stosować bez ograniczeń czasowych.</td>
<td>Entekawir: 0,5 mg 1x dobę
lub
Tenofowir: 245 mg 1 x na dobę

Entekawir lub tenofowir powinny być stosowane przez cały czas trwania leczenia związanego z ryzykiem reaktywacji HBV oraz dodatkowo przez 18 miesięcy po jego zakończeniu.</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji
1) HBsAg
2) anty-HBs
3) anty-HBc IgG/całkowite
4) HBV DNA ilościowe
5) morfologia krwi
6) ALT
7) kreatynina

2. Badania w trakcie leczenia związanego z ryzykiem reaktywacji HBV - co 3 miesiące:
1) ALT
2) HBV DNA

3. Monitorowanie w trakcie 18 miesięcznej kontynuacji profilaktyki po zakończeniu leczenia związanego z ryzykiem reaktywacji HBV oraz w ciągu 12 miesięcy po zakończeniu profilaktyki reaktywacji HBV - co 3 miesiące:
1) HBV DNA</td>
</tr>
</table>

Po zakończeniu leczenia niezbędne jest monitorowanie statusu HBV DNA przez minimum 12 miesięcy.		**4. Monitorowanie programu** 1) Przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych. 2) Uzupełnianie danych zawartych w rejestrze SMPT, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez oddziały wojewódzkie NFZ, nie rzadziej niż co 3 miesiące oraz na zakończenie leczenia. 3) Dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom NFZ.

Załącznik B.107.

LECZENIE PRZEWLEKŁEJ POKRZYWKI SPONTANICZNEJ (ICD-10: L50.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji 1) wiek≥ 12. roku życia; 2) udokumentowana co najmniej 6 miesięczna historia przewlekłej pokrzywki spontanicznej poprzedzająca kwalifikację do programu (licząc od dnia pojawiania się objawów pokrzywki); 3) ciężka postać pokrzywki, ze wskaźnikami: a) Skali Aktywności Pokrzywki: UAS7≥ 28 oraz b) jakości życia zależnych od zmian skórnych DLQI≥10; 4) oporna przewlekła pokrzywka spontaniczna, w przypadku, gdy w okresie poprzedzającym kwalifikację do programu nie uzyskano oczekiwanej poprawy kontroli objawów po leczeniu lekami przeciwhistaminowymi H1 drugiej generacji przyjmowanych w dawce 4-krotnie przekraczającej dawkę standardową przez okres minimum 4 tygodni; 5) W przypadku kobiet i miesiączkujących dziewcząt wymagana jest zgoda na świadoma kontrolę urodzeń w czasie leczenia.	**1. Dawkowanie omalizumabu** Omalizumab należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego tj. 300mg podawanych podskórnie co 4 tygodnie. 1.1. Leczenie omalizumabem należy zawiesić po 24 tygodniach od rozpoczęcia terapii (podania pierwszej dawki leku). Pacjent nie powinien przerywać leczenia lekiem przeciwhistaminowym. W czasie zawieszenia udziału pacjenta w programie lekowym zastosowanie leku przeciwhistaminowego pozostaje do decyzji lekarza. 1.2. U pacjentów, u których odwiesza się leczenie omalizumabem terapia powinna być kontynuowana z zastosowaniem dawki zgodnej z Charakterystyką Produktu Leczniczego przez okres kolejnych 24 tygodni tj. 300mg podawanych podskórnie co 4 tygodnie. Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe. Pacjent odbywa w ośrodku leczenia pokrzywki minimum trzy wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku. Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu 2) ocena nasilenia objawów pokrzywki: a) Skala Aktywności Pokrzywki: UAS7, b) Ocena jakości życia na podstawie kwestionariusza DLQI; 3) morfologia krwi z rozmazem; 4) CRP; 5) TSH; 6) aminotransferaza alaninowa (ALAT); 7) kreatynina i mocznik w surowicy; 8) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym; **2. Monitorowanie leczenia** **2.1. Badania przeprowadzane przed podaniem leku w ośrodku, nie rzadziej niż raz na 3 miesiące:** 1) ocena kliniczna z oceną skuteczności leczenia i jakości życia (weryfikacja kwestionariuszy UAS7 i DLQI); 2) dokładny wywiad dotyczący efektów leczenia i ewentualnych działań niepożądanych.

2. Kryteria wyłączenia 1) brak odpowiedzi na leczenie omalizumabem po podaniu 3 dawki leku oceniona w 12 tygodniu na podstawie kryteriów skuteczności leczenia zdefiniowanych, jako UAS7>16 lub DLQI≥10; 2) ciąża lub laktacja; 3) wystąpienie któregokolwiek z przeciwskazań do stosowania omalizumabu; 4) izolowany obrzęk naczynioruchowy; 5) wysiewy bąbli pokrzywkowych będące objawem innych schorzeń, np.: anafilaksji, chorób nowotworowych, mastocytozy czy infekcji pasożytniczych; 6) potwierdzona pokrzywka naczyniowa; 7) aktualna terapia lekami przeciwnowotworowymi, immunoglobulinami lub innymi lekami biologicznymi; 8) niestosowanie się pacjenta do zaleceń lekarskich. **3. Określenie czasu leczenia w programie** Po upływie 24 tygodni leczenie omalizumabem zostaje zawieszone. W trakcie zawieszenia terapii pacjent pozostaje w programie lekowym i jest obserwowany w zakresie kontroli choroby, a w przypadku istotnego pogorszenia kontroli choroby lekarz może zdecydować o ponownym rozpoczęciu podawania leku. Pacjent, u którego zawieszono leczenie omalizumabem, a u którego wcześniejszym leczeniem osiągnięto istotną poprawę kontroli choroby i poprawę jakości życia, może być ponownie włączony przez lekarza prowadzącego do programu jeżeli podczas badania kontrolnego stwierdzono nawrót choroby definiowany jako wzrost wartości wskaźników UAS7 do	Pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych (ciężkich reakcji alergicznych) i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia. Pacjent otrzymuje leki w ośrodku prowadzącym terapię pokrzywki danego pacjenta. Lek może być wydany dla celów terapii domowej na okres nie przekraczający 3 miesięcy.	**2.2. Po 12 i 24 tygodniu leczenia:** 1) ocena kliniczna z oceną skuteczności leczenia i jakości życia (wypełnienie kwestionariuszy UAS7 i DLQI); 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) CRP; 4) TSH; 5) aminotransferaza alaninowa (ALAT); 6) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym; 7) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu. **3. Monitorowanie w trakcie zawieszenia leczenia (po upływie 24 tygodni leczenia omalizumabem), nie rzadziej niż raz na 3 miesiące** 1) ocena kliniczna z oceną skuteczności leczenia i jakości życia (kwestionariuszy UAS7 i DLQI); 2) dokładny wywiad dotyczący stanu zdrowia i ewentualnych działań niepożądanych. **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;

poziomu wartości nie mniejszej niż 16 oraz pacjent nie spełnia kryteriów wyłączenia z programu. U chorych, u których w okresie 24 tygodni od dnia zawieszenia terapii nie dojdzie do istotnego pogorszenia kontroli choroby, leczenie omalizumabem oraz udział w programie lekowym ulega zakończeniu. Chory może być ponownie zakwalifikowany do terapii omalizumaebm o ile spełni kryteria włączenia i nie spełni żadnego z kryteriów wyłączenia. **4. Kryteria ponownego włączenia do programu** Do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu: a) wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu albo b) planowej przerwy w leczeniu. Ponownej kwalifikacji pacjenta do programu dokonuje lekarz.		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.108.

LECZENIE AGRESYWNEGO I OBJAWOWEGO, NIEOPERACYJNEGO, MIEJSCOWO ZAAWANSOWANEGO LUB PRZERZUTOWEGO RAKA RDZENIASTEGO TARCZYCY (ICD-10 C73)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Leczenie wandetanibem dorosłych chorych z agresywnym i objawowym, nieoperacyjnym, miejscowo zaawansowanym lub przerzutowym rakiem rdzeniastym tarczycy, które ma na celu zahamowanie rozwoju choroby **1.1. Kryteria kwalifikacji** 1) rozpoznanie raka rdzeniastego tarczycy potwierdzone histologicznie; 2) leczenie chorych w stadium choroby miejscowo zaawansowanej lub uogólnionej po wykluczeniu możliwości wykorzystania resekcji lub metod ablacyjnych i radioterapii; 3) obecność przerzutów udokumentowana na podstawie badania klinicznego i wyników badań obrazowych; 4) nowotwór objawowy i o postępującym przebiegu: konieczność udokumentowania progresji według kryteriów RECIST 1.1 (Response Evaluation Criteria in Solid Tumors) w okresie 12 miesięcy poprzedzających wdrożenie leczenia wandetanibem; 5) obecność zmian możliwych do zmierzenia według kryteriów klasyfikacji RECIST 1.1 (Response Evaluation Criteria in Solid Tumors); 6) zadowalająca wydolność wątroby i nerek: a) stężenie bilirubiny nieprzekraczające 1,5 razy górnej granicy normy (kryterium nie ma zastosowania w przypadku choroby Gilberta), b) stężenie AspAT, AlAT oraz fosfatazy alkalicznej nieprzekraczające 2,5-krotnie górnej granicy normy referencyjnej lub nieprzekraczające 5-krotnie górnej granicy normy referencyjnej, jeśli zostaną uznane przez lekarza za związane z przerzutami do wątroby, c) klirens kreatyniny co najmniej 30 ml/min;	**1. Dawkowanie wandetanibu** Maksymalnie do 300 mg na dobę zgodnie z ChPL aktualnym na dzień wydania decyzji o objęciu refundacją.	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie AlAT; 3) oznaczenie AspAT; 4) oznaczenie stężenia potasu; 5) oznaczenie stężenia wapnia; 6) oznaczenie stężenia magnezu; 7) oznaczenie stężenia bilirubiny; 8) oznaczenie stężenia kreatyniny; 9) oznaczanie stężenia kalcytoniny; 10) oznaczenie stężenia TSH; 11) badanie ogólne moczu; 12) badanie wzroku, w tym badanie z użyciem lampy szczelinowej; 13) EKG z oceną odstępu QTc; 14) TK lub NMR szyi, klatki piersiowej i jamy brzusznej w celu oceny wyjściowego zaawansowania choroby; 15) pomiar ciśnienia tętniczego krwi; 16) oznaczenie wskaźnika INR u chorych leczonych antagonistami witaminy K;

7) prawidłowe wartości stężenia potasu, magnezu i wapnia w surowicy krwi; stężenie potasu powinno wynosić >4mmol/l; 8) odstęp QTc < 480 ms w zapisie EKG; 9) stan sprawności 0-2 według klasyfikacji Zubroda – ECOG - WHO; 10) wiek powyżej 18 lat; 11) ujemny wynik testu ciążowego bezpośrednio przed włączeniem leczenia u kobiet w wieku rozrodczym; 12) zgoda na stosowanie efektywnej antykoncepcji w trakcie trwania leczenia; Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni wandetanibem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **1.2. Określenie czasu leczenia wandetanibem** 1) Leczenie trwa do momentu progresji choroby lub do czasu, gdy ryzyko leczenia przewyższa korzyści z jego kontynuacji. 2) W przypadku zdarzenia 3. stopnia według wspólnej terminologii kryteriów dla działań niepożądanych (CTCAE) lub większej toksyczności lub wydłużenia odstępu QT (QTc w zapisie EKG) >500 ms, należy przynajmniej tymczasowo przerwać stosowanie wandetanibu, a kiedy objawy toksyczności ustąpią lub ulegną poprawie do stopnia 1. w skali CTCAE, wznowić jego stosowanie w zmniejszonej dawce. **1.3. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do udziału w programie** 1) wrodzony zespół wydłużonego odstępu QTc; 2) czas trwania odstępu QTc powyżej 480 ms podczas kwalifikacji do programu; 3) jednoczesne stosowanie produktów leczniczych mogących mieć wpływ na wydłużenie odstępu QTc lub indukować występowanie częstoskurczu torsades de pointes (związki arsenu, cyzapryd, erytromycyna podawana dożylnie, toremifen, mizolastyna, moksyfloksacyna, leki przeciwarytmiczne klas IA oraz III); 4) częstoskurcz torsades de pointes w wywiadzie, jeśli nie wszystkie czynniki ryzyka zostały skorygowane; 5) ciężkie zaburzenia czynności nerek (klirens kreatyniny poniżej 30 ml/min);		17) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym. **2. Monitorowanie leczenia** **2.1. Badania wykonywane po pierwszym tygodniu od rozpoczęcia leczenia:** 1) badanie EKG z oceną odstępu QTc w zapisie EKG; 2) oznaczenie stężenia potasu; 3) oznaczenie stężenia wapnia; 4) oznaczenie stężenia magnezu. **2.2. Badania wykonywane po 3, 6 i 12 tygodniach od rozpoczęcia leczenia:** 1) oznaczenie AlAT; 2) oznaczenie AspAT; 3) oznaczenie stężenia bilirubiny; 4) oznaczenie stężenia kreatyniny; 5) oznaczenie stężenia potasu, wapnia i magnezu w surowicy krwi; 6) oznaczanie stężenia kalcytoniny (najwcześniej 12 tygodni po rozpoczęciu leczenia); 7) badanie TSH (najwcześniej 12 tygodni po rozpoczęciu leczenia); 8) badanie EKG z oceną QTc; 9) pomiar ciśnienia tętniczego (lub częściej, jeśli klinicznie wskazane). **2.3. Badania wykonywane co 3 miesiące:** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie AlAT; 3) oznaczenie AspAT; 4) oznaczenie stężenia bilirubiny;

6) zaburzenia czynności wątroby: a) stężenie bilirubiny w surowicy przekraczające 1,5 razy górną granicę normy (to kryterium nie ma zastosowania w przypadku choroby Gilberta), b) stężenia AspAT, AlAT oraz fosfatazy alkalicznej przekraczające 2,5-krotnie górną granicę normy referencyjnej, lub przekraczające 5-krotnie górną granicę normy referencyjnej, jeśli zostaną uznane przez lekarza za związane z przerzutami do wątroby; 7) zabieg operacyjny w ciągu 28 dni przed rozpoczęciem leczenia; 8) radioterapia w ciągu 28 dni przed rozpoczęciem leczenia; 9) ciężkie lub niekontrolowane (według oceny lekarza prowadzącego) choroby towarzyszące w tym: a) zawał serca w ciągu 6 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia, b) niestabilna choroba wieńcowa, c) poważne zaburzenia rytmu serca, d) objawowa niewydolność serca ≥ NYHA 2, e) ciśnienie tętnicze ≥160/100 mm Hg mimo farmakoterapii, f) udar mózgu (w tym TIA) w ciągu 6 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia, g) incydent zakrzepowo-zatorowy w ciągu 3 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia, h) aktywne krwawienie z dróg oddechowych lub przewodu pokarmowego w ciągu 3 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia, i) przetoka w ciągu 6 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia, j) perforacja przewodu pokarmowego, k) obecność niewygojonych ran, owrzodzeń, złamań kostnych, l) inne kliniczne istotne schorzenia (aktywna infekcja wymagająca leczenia systemowego; zakażenie wirusem HIV lub objawowy AIDS), 10) ciąża i karmienie piersią; 11) brak zgody na stosowanie efektywnej antykoncepcji w trakcie trwania leczenia. **1.4. Kryteria wyłączenia** 1) wystąpienie istotnych objawów nadwrażliwości na wandetanib; 2) konieczność jednoczesnego stosowania produktów leczniczych mogących mieć wpływ na wydłużenie odstępu QTc lub indukować występowanie torsades de pointes (związki		5) oznaczenie stężenia kreatyniny; 6) oznaczenie stężenia potasu, wapnia i magnezu w surowicy krwi; 7) oznaczanie stężenia kalcytoniny; 8) oznaczenie stężenia TSH; 9) badanie ogólne moczu; 10) badanie TK/NMR w celu przeprowadzenia oceny odpowiedzi na leczenie. **2.4. Badania wykonywane co 12 miesięcy:** 1) badanie wzroku z użyciem lampy szczelinowej. **3. Monitorowanie programu** 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia. 2) Uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia. 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

arsenu, cyzapryd, erytromycyna podawana dożylnie, toremifen, mizolastyna, moksyfloksacyna, leki przeciwarytmiczne klas IA oraz III); 3) ciężkie zaburzenia czynności nerek (klirens kreatyniny poniżej 30 ml/min); 4) zaburzenia czynności wątroby: a) stężenie bilirubiny w surowicy przekraczające 1,5 razy górną granicę normy (to kryterium nie ma zastosowania w przypadku choroby Gilberta) b) stężenia AspAT, AlAT oraz fosfatazy alkalicznej przekraczające 2,5-krotnie górną granicę normy referencyjnej, lub przekraczające 5-krotnie górną granicę normy referencyjnej, jeśli zostaną uznane przez lekarza za związane z przerzutami do wątroby; 5) konieczność wykonania zabiegu operacyjnego; 6) konieczność wykonania zabiegu radioterapii; 7) wystąpienie ciężkich lub niekontrolowanych (według oceny lekarza prowadzącego) chorób towarzyszących w tym: a) zawał serca, b) niestabilna choroba wieńcowa, c) poważne zaburzenia rytmu serca, d) objawowa niewydolność serca ≥ NYHA 2, e) ciśnienie tętnicze ≥160/100 mm Hg mimo farmakoterapii, f) udar mózgu (w tym TIA), g) incydent zakrzepowo-zatorowy, h) aktywne krwawienie z dróg oddechowych lub przewodu pokarmowego, i) przetoka, j) perforacja przewodu pokarmowego, k) obecność niewygojonych ran, owrzodzeń, złamań kostnych, l) inne kliniczne istotne schorzenia (aktywna infekcja wymagająca leczenia systemowego; zakażenie wirusem HIV lub objawowy AIDS), 8) ciąża i karmienie piersią; 9) brak zgody na stosowanie antykoncepcji w trakcie trwania leczenia.		

Załącznik B.109.

LECZENIE UZUPEŁNIAJĄCE L-KARNITYNĄ W WYBRANYCH CHOROBACH METABOLICZNYCH (E 71.1, E 71.3, E 72.3)

<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 chorych do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.
Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia co 6 miesięcy odbywa się, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.
Do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, których leczenie L-karnityną było finansowane w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego

1. Kryteria kwalifikacji
1.1. 3-metylokrotonylo-glicynuria (MCG)
Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie 3-metylokrotonylo-glicynuri oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji.

1.2. Acyduria glutarowa I (GA I)
Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie acydurii glutarowej typu I oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną</td>
<td>Leczenie należy rozpocząć w momencie ustalenia wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną.
Dawki L-karnityny należy dostosowywać indywidualnie do określonej jednostki chorobowej, wieku, masy ciała i stanu klinicznego pacjenta oraz do bieżącego stężenia wolnej karnityny we krwi. Okresowo – w zależności od sytuacji klinicznej – może występować konieczność zwiększenia dawki nawet do poziomu maksymalnego (stan dekompensacji) lub redukcji nawet do poziomu 0 (w sytuacji wyrównania metabolicznego). Każdorazowo o zmianie dawkowania L-karnityny decyduje lekarz prowadzący.

1. Dawkowanie
1.1. 3-metylokrotonylo-glicynuria (MCG)
Zalecane dawkowanie:
od 0 do 100 mg/kg m.c./doba; podzielona na co najmniej trzy dawki.

1.2. Acyduria glutarowa I (GA I)</td>
<td>Badania diagnostyczne przy kwalifikacji oraz w ramach monitorowania leczenia L-karnityną są tożsame dla wszystkich jednostek chorobowych.

1. Badania przy kwalifikacji:
1) Badanie podmiotowe;
2) Badanie przedmiotowe (fizykalne);
3) Stężenie karnityny wolnej;
4) Stężenie karnityny całkowitej;
5) Profil acylkarnityn w suchej kropli krwi metodą tandemowej spektrometrii mas.

2. Monitorowanie leczenia (co 180 dni):
1) Badanie podmiotowe;
2) Badanie przedmiotowe (fizykalne);
3) Stężenie karnityny wolnej;
4) Stężenie karnityny całkowitej;
5) Profil acylkarnityn w suchej kropli krwi metodą tandemowej spektrometrii mas.</td>
</tr>
</table>

zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji. **1.3. Acyduria izowalerianowa (IVA)** Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie acydurii izowalerianowej (IVA) oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji. **1.4. Acyduria metylomalonowa (MMA)** Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie acydurii metylomalonowej (MMA) oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji. **1.5. Acyduria propionowa (PA)** Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie acydurii propionowej (PA) oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji. **1.6. Zaburzenia spalania długołańcuchowych kwasów tłuszczowych (LC-FAOD) – LCHADD, VLCADD, deficyt MTP, deficyt CACT, deficyt CPT2** Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie deficytu długołańcuchowych kwasów tłuszczowych (LC-FAOD) – LCHADD lub VLCADD, lub deficyt MTP, lub deficytu CACT, lub deficytu CPT2 oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji. **1.7. Deficyt dehydrogenazy acylo-CoA średniołańcuchowych kwasów tłuszczowych (MCADD)**	Zalecane dawkowanie: od 0 do 200 mg/kg m.c../doba; podzielona na co najmniej trzy dawki. **1.3. Acyduria izowalerianowa (IVA)** Zalecane dawkowanie: od 0 do 100 mg/kg m.c../doba; podzielona na co najmniej trzy dawki. **1.4. Acyduria metylomalonowa (MMA)** Zalecane dawkowanie: od 0 do 100 mg/kg m.c../doba; podzielona na co najmniej trzy dawki. **1.5. Acyduria propionowa (PA)** Zalecane dawkowanie: od 0 do 100 mg/kg m.c../doba; podzielona na co najmniej trzy dawki. **1.6. Zaburzenia spalania długołańcuchowych kwasów tłuszczowych (LC-FAOD) – LCHADD, VLCADD, deficyt MTP, deficyt CACT, deficyt CPT2** Zalecane dawkowanie: od 0 do 30 mg/kg m.c../doba; podzielona na co najmniej trzy dawki. **1.7. Deficyt dehydrogenazy acylo-CoA średniołańcuchowych kwasów tłuszczowych (MCADD)**	**3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie deficytu dehydrogenazy acylo-CoA średniołańcuchowych kwasów tłuszczowych (MCADD) oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji. **1.8. Pierwotny deficyt karnityny (CUD)** Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie pierwotnego deficytu karnityny (CUD) oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji. **1.9. 1.9. Deficyt wielu dehydrogenaz acylo-CoA (MADD)** Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie deficytu wielu dehydrogenaz acylo-CoA (MADD) oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Przedłużenie leczenia następuje co 6 miesięcy decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii. Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia** 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na L-karnitynę	Zalecane dawkowanie: od 0 do 100 mg/kg m.c../doba; podzielona na co najmniej trzy dawki. **1.8. Pierwotny deficyt karnityny (CUD)** Zalecane dawkowanie: od 0 do 200 mg/kg m.c../doba; podzielona na co najmniej trzy dawki. **1.9. Deficyt wielu dehydrogenaz acylo-CoA (MADD)** Zalecane dawkowanie: od 0 do 100 mg/kg m.c../doba; podzielona na co najmniej trzy dawki.	

Załącznik B.110.

LECZENIE DINUTUKSYMABEM BETA PACJENTÓW Z NERWIAKIEM ZARODKOWYM WSPÓŁCZULNYM (ICD-10 C47)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kwalifikacja świadczeniobiorców do terapii Pacjent jest kwalifikowany do programu przez Zespół Koordynujący ds. „Leczenia dinutuksymabem beta Pacjentów z Nerwiakiem Zarodkowym Współczulnym" powołany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. **2. Rodzaje programów** **A. Leczenie noworozpoznanego nerwiaka zarodkowego współczulnego (NBL) wysokiego ryzyka u pacjentów z dobrą odpowiedzią na leczenie chemioterapią indukcyjną zgodnie z obowiązującym protokołem** **A.1. Kryteria kwalifikacji** 1) rozpoznanie nerwiaka zarodkowego współczulnego zgodnie z międzynarodowymi kryteriami *International Neuroblastoma Staging System* (INSS) 2) zakwalifikowanie choroby do grupy wysokiego ryzyka definiowanej jako: a) stopień 2, 3, 4 i 4s wg. INSS z amplifikacją MYCN, niezależnie od wieku pacjenta w momencie rozpoznania, lub b) stopień 4 wg INSS bez amplifikacji MYCN w wieku >12 miesięcy w momencie rozpoznania, 3) uzyskanie minimum częściowej remisji miejsc przerzutów po zastosowaniu leczenia indukcyjnego zgodnie z aktualnym	**Dawkowanie:** Dawkowanie dinutuksymabu beta odbywa się jest zgodnie z zasadami określonymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego obowiązującej na dzień wydania decyzji o objęciu refundacją i ustalenie urzędowej ceny zbytu (art.24 ust.1 pkt.1). Planowane jest podanie 5 cykli dinutuksymabu beta, w dawce kumulacyjnej 100 mg/m^2/cykl, podawane wg schematu jak w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Ze względu na obserwowane działania niepożądane, w celu ich minimalizacji wskazane jest podawanie dinutuksymabu beta we wlewie ciągłym trwającym 10 dni. U pacjentów z chorobą pierwotnie oporną na leczenie i/lub progresją lub wznową choroby oraz u pacjentów, którzy nie uzyskali całkowitej remisji po leczeniu pierwszej linii, dinutuksymab beta należy rozważyć podawanie tego produktu w skojarzeniu z interleukiną-2 (IL-2), zgodnie z opisem w Charakterystyce Produktu Leczniczego. W przypadku wystąpienia ciężkich działań niepożądanych, po uzyskaniu zgody Zespołu	**A. Leczenie nerwiaka zarodkowego współczulnego (NBL) wysokiego ryzyka u pacjentów z dobrą odpowiedzią na leczenie chemioterapią indukcyjną zgodnie z obowiązującym protokołem** **A.1. Badania przed kwalifikacją do immunoterapii** 1) Pełna ponowna ocena statusu choroby pomiędzy przeszczepieniem macierzystych komórek krwiotwórczych a rozpoczęciem leczenia minimalnej choroby resztkowej – w okresie maksymalnie 8 tygodni przed rozpoczęciem leczenia dinutuksymabem beta obowiązuje wykonanie wszystkich poniższych badań, niezależnie od wyników badań przed rozpoczęciem leczenia: a) badania obrazowe lokalizacji guza pierwotnego oraz okolic sąsiednich (tj. badania obrazowe głowy, klatki piersiowej oraz jamy brzusznej i miednicy), b) ocena wszystkich innych miejsc, w których stwierdzona była obecność NBL w momencie diagnozy c) ocenę układu kostnego (scyntygrafia z użyciem MIBG, a w przypadku braku wychwytu tego znacznika w guzie pierwotnym we wstępnym badaniu, scyntygrafię kości z użyciem technetu lub badanie PET), d) badania szpiku kostnego: biopsja i trepanobiopsja, e) oznaczenie markerów: stężenie enolazy neurospecyficznej (NSE) oraz ferrytyny i aktywności dehydrogenazy mleczanowej

protokołem terapeutycznym u pacjentów, u których w kolejnym etapie leczenia przeprowadzono minimum jedną terapię mieloablacyjną wspomaganą przeszczepieniem macierzystych komórek krwiotwórczych, 4) wiek ≥12 miesięcy w momencie rozpoczęcia immunoterapii, 5) brak progresji choroby w jakimkolwiek etapie dotychczasowego leczenia, 6) prawidłowa funkcja narządów (zgodnie z wykazem badań niezbędnych przy kwalifikacji pacjentów do programu), 7) uzyskanie pisemnej zgody pacjenta i/lub przedstawiciela ustawowego na zastosowanie leczenia dinutuksymabem beta, 8) założony cewnik dostępu do żyły centralnej, w miarę możliwości dwukanałowy lub zgoda na jego założenie, 9) ujemne wyniki w kierunku zakażenia ludzkim wirusem upośledzenia odporności (HIV) i wirusami zapalenia wątroby typu B i C (HBV i HCV), 10) stosowanie skutecznych metod antykoncepcyjnych przez pacjentów w wieku rozrodczym; kobiety karmiące piersią przed rozpoczęciem leczenia muszą wyrazić zgodę na zaprzestanie karmienia. Pacjent musi spełniać wszystkie powyższe kryteria włączenia do programu. **A.2. Kryteria wyłączenia z programu** 1) rozległa przewlekła albo ostra 3. lub 4. stopnia choroba przeszczep przeciwko gospodarzowi (cGvHD), 2) ciąża i karmienie piersią 3) objawowa niewydolność krążenia lub niekontrolowane lekami zaburzenia rytmu, 4) choroby psychiatryczne lub niekontrolowane choroby przebiegające z drgawkami, 5) ciężkie aktywne infekcje do momentu ich wyleczenia lub stabilizacji klinicznej w trakcie leczenia	Koordynującego, leczenie może być kontynuowane z zastosowaniem 50% dawki dinutuksymabu beta. Jeżeli wystąpienie działań niepożądanych przypisywane jest działaniu IL-2, leczenie można kontynuować z zastosowaniem monoterapii dinutuksymabem beta. Równolegle z zastosowaniem immunoterapii stosowane będzie leczenie kwasem 13-cis retinowym, zgodnie z obowiązującymi standardami leczenia NBL.	(LDH) w surowicy krwi oraz stężeń katecholamin i ich metabolitów w dobowej zbiórce moczu. 2) ocena funkcji narządów: a) funkcja serca: echo serca (frakcja skurczowa ≥30%) oraz EKG b) funkcja płuc: spirometria (FEV1 i FVC >60%), w przypadku braku możliwości wykonania spirometrii: pacjent nie może mieć cech duszności, saturacja krwi tlenem ($SATO_2$) mierzona pulsoksymetrem przy oddychaniu powietrzem atmosferycznym musi wynosić minimum 94%, c) funkcja szpiku: prawidłowa – prawidłowa jest definiowana jako: ANC >500/ul; stabilna liczba płytek >20.000/ul oraz Hb >8.0 g/dl; w przypadku płytek i hemoglobiny nie jest wykluczone przetaczanie preparatów krwiopochodnych, d) funkcja wątroby: oznaczenie aktywności ALT oraz AST i stężenia bilirubiny, e) funkcja nerek: oznaczenie stężenia kreatyniny, obliczenie eGFR f) ocena okulistyczna: badanie dna oka, a u dzieci współpracujących również badanie ostrości wzroku, g) ocena słuchu h) badanie EEG i) badania w kierunku zakażeń wirusowych: anty-HBV, anty-HCV, HIV j) zdjęcie klatki piersiowej **A.2. Monitorowanie leczenia** 1) przed rozpoczęciem każdego cyklu immunoterapii należy dokonać oceny poniżej wymienionych parametrów, a w przypadku wartości nieprawidłowych należy przesunąć rozpoczęcie kolejnego cyklu do czasu uzyskania wartości kwalifikujących do leczenia: a) odpowiednia saturacja krwi (SpO_2) mierzona pulsoksymetrem - >94% podczas oddychania powietrzem atmosferycznym; przy oddychaniu powietrzem,

6) klinicznie istotne deficyty neurologiczne lub potwierdzona neuropatia obwodowa (>2 stopnia WHO CTC), 7) klinicznie istotny, objawowy wysięk w opłucnej. **A.3. Określenie czasu leczenia według programu** Planowane jest podanie 5 cykli immunoterapii średnio co 35 dni. Wcześniejsze przerwanie leczenia konieczne jest w przypadku wystąpienia wznowy lub progresji choroby podstawowej lub wystąpienia jednego z kryteriów wykluczenia z programu. **A.4. Kryteria wykluczenia z udziału w programie** 1) bezwzględne wskazania do przerwania immunoterapii: a) neurotoksyczność: zaburzenia czucia w stopniu 3 WHO CTC uniemożliwiające wykonywanie codziennych czynności i utrzymujące się powyżej 2 tygodni od zakończenia wlewu przeciwciał, obiektywne osłabienie siły mięśniowej, zaburzenia widzenia w stopniu 3 WHO CTC (subtotalna utrata wzroku), objawy zapalenia rdzenia kręgowego, b) hipotensja w 3 i 4 stopniu WHO CTC występująca po ponownym podaniu leczenia, pomimo redukcji dawki leku, c) zespół przesiękania kapilar (CLS) w 4 stopniu WHO CTC występujący po ponownym podaniu leczenia, pomimo redukcji dawki leku, d) wystąpienie wznowy lub progresji choroby, e) brak zgody pacjenta i/lub przedstawicieli ustawowych na kontynuację leczenia, f) brak współpracy uniemożliwiający prowadzenie terapii; 2) wskazania do przerwania cyklu immunoterapii, z możliwością ponownego włączenia pacjenta do leczenia po uzyskaniu zgody Zespołu Koordynującego (konieczne: dostarczenie szczegółowego przebiegu wydarzeń i wgląd w dokumentację medyczną): a) hipotensja i/lub CLS w 3 i 4 stopniu WHO CTC,		b) odpowiednia czynność szpiku kostnego: bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych ≥500/µl, liczba płytek krwi ≥20 000/µl, hemoglobina >8,0 g/dl, niewykluczone jest podawanie preparatów krwiopodobnych c) odpowiednia czynność wątroby: aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT)/ aminotrasferazy asparaginianowej (AspAT) <5 razy górna granica normy, d) odpowiednia czynność nerek 2) badania obowiązkowe w trakcie cyklu immunoterapii (podanie interleukiny-2 definiowane jest jako 1. dzień cyklu; pierwszy dzień podania dinutuksymabu beta to 8. dzień cyklu); badania w pierwszym dniu cyklu obowiązkowe są wyłącznie w przypadku podawania IL2 a) morfologia krwi: 1, 8, 15 i 18 doba b) badania biochemiczne: 1, 8, 15 i 18 doba c) CRP: 1, 8, 15 i 18 doba d) układ krzepnięcia: 1 i 8 doba e) zdjęcie radiologiczne klatki piersiowej w 1. dobie w cyklach z interleukiną-2 f) EKG w 8. i 18. dobie g) przypadku wystąpienia poszerzenia źrenic z subiektywnym odczuciem pogorszenia wzroku, przed podaniem kolejnego cyklu obowiązuje wykonanie EEG oraz MRI ośrodkowego układu nerwowego 3) Po 2 cyklach dinutuksymabu beta obowiązuje ocena w kierunku wykluczenia progresji choroby obejmująca: a) badania obrazowe lokalizacji guza pierwotnego i ewentualnych miejsc przerzutów możliwych do oceny w badaniach obrazowych, b) ocena cytologiczna szpiku kostnego, c) oznaczenie markerów nowotworowych (katecholaminy, NSE, LDH), d) Ocena układu kostnego (scyntygrafia z użyciem MIBG, a w przypadku braku wychwytu tego znacznika w guzie

b) hiponatremia objawowa, hiponatremia <125 mmol/l trwająca >48 godzin lub hiponatremia ciężka <120 mmol/l, c) reakcja alergiczna w stopniu 4 WHO CTC (anafilaksja) lub 3 WHO CTC (skurcz oskrzeli), d) długotrwała obwodowa neuropatia ruchowa 2. stopnia WHO CTC, e) neuropatia obwodowa 3. stopnia, f) kardiotoksyczność ≥3 stopnia WHO CTC, g) ból neuropatyczny w stopniu 4 WHO CTC nie odpowiadający na leczenie, h) choroba posurowicza ≥3 stopnia WHO CTC, i) toksyczności skórne ≥3 stopnia WHO CTC, j) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą. **B. Leczenie nawrotowego lub opornego na leczenie nerwiaka zarodkowego współczulnego** Do programu kwalifikowani będą pacjenci niezależnie od stopnia osiągniętej remisji (dopuszczalna jest obecność stabilnych zmian nowotworowych). **B.1. Kryteria kwalifikacji** 1) rozpoznanie nerwiaka zarodkowego współczulnego zgodnie z międzynarodowymi kryteriami *International Neuroblastoma Staging System* (INSS) 2) wiek ≥12 miesięcy w momencie rozpoczęcia immunoterapii 3) stwierdzenie u pacjentów z NBL wysokiego ryzyka nieadekwatnej odpowiedzi na wstępne leczenie indukcyjne, u których przeprowadzono kolejną linię chemioterapii indukcyjnej i zastosowano co najmniej jedną terapię mieloablacyjną w dowolnym etapie leczenia wspomaganą przeszczepieniem macierzystych komórek krwiotwórczych lub		pierwotnym we wstępnym badaniu, scyntygrafia kości z użyciem technetu lub badania PET. **B. Leczenie nawrotowego lub opornego na leczenie nerwiaka zarodkowego współczulnego** **B.1. Badania przed kwalifikacją do immunoterapii** 1) Pełna ponowna ocena statusu choroby pomiędzy przeszczepieniem macierzystych komórek krwiotwórczych a rozpoczęciem leczenia minimalnej choroby resztkowej, ale dokonana co najmniej 8 tygodni w przypadku scyntygrafii, a 6 tygodni dla innych badań przed planowanym rozpoczęciem leczenia - obowiązuje wykonanie wszystkich poniższych badań, niezależnie od wyników badań przed rozpoczęciem leczenia: a) badania obrazowe lokalizacji guza pierwotnego oraz okolic sąsiednich (tj. badania obrazowe głowy, klatki piersiowej oraz jamy brzusznej i miednicy), b) wszystkich innych miejsc, w których stwierdzona była obecność NBL w momencie diagnozy c) ocena układu kostnego (scyntygrafia z użyciem MIBG, a w przypadku braku wychwytu tego znacznika w guzie pierwotnym we wstępnym badaniu, scyntygrafię kości z użyciem technetu lub PET), d) badania szpiku kostnego: biopsja i trepanobiopsja, e) oznaczenie markerów: stężenie enolazy neurospecyficznej (NSE) oraz ferrytyny i aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH) w surowicy krwi oraz stężeń katecholamin i ich metabolitów w dobowej zbiórce moczu, 2) ocena funkcji narządów: a) funkcja serca: echo serca (frakcja skurczowa ≥30%) oraz EKG b) funkcja płuc: spirometria (FEV1 i FVC >60%), w przypadku braku możliwości wykonania spirometrii: pacjent nie może mieć cech duszności, saturacja krwi tlenem (SpO_2) mierzona pulsoksymetrem przy oddychaniu powietrzem atmosferycznym musi wynosić minimum 94%,

stwierdzenie u pacjentów z NBL wysokiego ryzyka progresji lub wznowy choroby, u których uzyskano co najmniej stabilizację choroby po kolejnej linii chemioterapii indukcyjnej i przeprowadzono co najmniej jedną terapię mieloablacyjną wspomaganą przeszczepieniem macierzystych komórek krwiotwórczych, w przypadku braku możliwości przeprowadzenia terapii mieloablacyjnej, decyzja o możliwości włączenia pacjenta do programu lekowego podejmowana będzie przez Zespół Koordynujący lub stwierdzenie progresji lub wznowy u każdego pacjenta po leczeniu NBL w 4. stopniu zaawansowania, lub stwierdzenie uogólnionej wznowy choroby po leczeniu neuroblastoma niskiego lub pośredniego ryzyka, 4) założony cewnik dostępu do żyły centralnej, w miarę możliwości dwukanałowy lub zgoda na jego założenie, 5) brak progresji choroby w ocenie bezpośrednio przed rozpoczęciem leczenia immunoterapią, 6) prawidłowa funkcja narządów (zgodnie z wykazem badań niezbędnych przy kwalifikacji pacjentów do programu), 7) ujemne wyniki w kierunku zakażenia ludzkim wirusem upośledzenia odporności (HIV) i wirusami zapalenia wątroby typu B i C (HBV i HCV), 8) uzyskanie pisemnej zgody pacjenta i/lub przedstawiciela ustawowego na zastosowanie leczenia, 9) stosowanie skutecznych metod antykoncepcyjnych przez pacjentów w wieku rozrodczym; kobiety karmiące piersią przed rozpoczęciem leczenia muszą wyrazić zgodę na zaprzestanie karmienia. Pacjent musi spełniać wszystkie powyższe kryteria włączenia do programu.		c) funkcja szpiku: prawidłowa – prawidłowa jest definiowana jako: ANC >500/ul; stabilna liczba płytek >20.000/ul oraz Hb >8.0 g/dl; w przypadku płytek i hemoglobiny nie jest wykluczone przetaczanie preparatów krwiopochodnych, d) funkcja wątroby: oznaczenie aktywności ALT oraz AST i stężenia bilirubiny, e) funkcja nerek – oznaczenie stężenia kreatyniny obliczenie eGFR, f) ocena okulistyczna – badanie dna oka, a u dzieci współpracujących również badanie ostrości wzroku, g) ocena słuchu, h) badanie EEG, i) badania w kierunku zakażeń wirusowych: anty-HBV, anty-HCV, HIV, j) zdjęcie radiologiczne klatki piersiowej. **B.2. Monitorowanie leczenia** 1) przed rozpoczęciem każdego cyklu immunoterapii należy dokonać oceny poniżej wymienionych parametrów; a w przypadku wartości nieprawidłowych należy przesunąć rozpoczęcie kolejnego cyklu do czasu uzyskania wartości kwalifikujących do leczenia: a) odpowiednia saturacja krwi tlenem (SpO_2) mierzona pulsoksymetrem ->94% podczas oddychania powietrzem atmosferycznym, b) odpowiednia czynność szpiku kostnego: bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych ≥500/µl, liczba płytek krwi ≥20 000/µl, hemoglobina >8,0 g/dl, c) odpowiednia czynność wątroby: aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT)/ aminotransferazy asparaginianowej (AspAT) <5 razy górna granica normy, d) odpowiednia czynność nerek; 2) badania obowiązkowe w trakcie cyklu immunoterapii (podanie interleukiny-2 definiowane jest jako 1. dzień cyklu; pierwszy

B.2. Kryteria wyłączenia z programu 1) rozległa przewlekła albo ostra 3. lub 4. stopnia choroba przeszczep przeciwko gospodarzowi (cGvHD), 2) ciąża i karmienie piersią, 3) objawowa niewydolność krążenia lub niekontrolowane lekami zaburzenia rytmu, 4) choroby psychiatryczne lub niekontrolowane choroby, przebiegające z drgawkami, 5) ciężkie aktywne infekcje do momentu ich wyleczenia lub stabilizacji klinicznej w trakcie leczenia 6) klinicznie istotne deficyty neurologiczne lub potwierdzona neuropatia obwodowa (>2 stopnia WHO CTC), 7) klinicznie istotny, objawowy wysięk w opłucnej. **B.3. Określenie czasu leczenia według programu** Planowane jest podanie 5 cykli immunoterapii średnio co 35 dni. Wcześniejsze przerwanie leczenia konieczne jest w przypadku wystąpienia wznowy lub progresji choroby podstawowej lub wystąpienia jednego z kryteriów wykluczenia z programu. **B.4. Kryteria wykluczenia z udziału w programie** 1) bezwzględne wskazania do przerwania immunoterapii: a) neurotoksyczność: zaburzenia czucia w stopniu 3 WHO CTC uniemożliwiające wykonywanie codziennych czynności i utrzymujące się powyżej 2 tygodni od zakończenia wlewu przeciwciał, obiektywne osłabienie siły mięśniowej, zaburzenia widzenia w stopniu 3 WHO CTC (subtotalna utrata wzroku), objawy zapalenia rdzenia kręgowego, b) hipotensja w 3 i 4 stopniu WHO CTC występująca po ponownym podaniu leczenia pomimo redukcji dawki leku, c) zespół przesiąkania kapilar (CLS) w 4 stopniu WHO CTC występujący po ponownym podaniu leczenia pomimo redukcji dawki leku,		dzień podania dinutuksymabu beta to 8. dzień cyklu); badania w pierwszym dniu cyklu obowiązkowe są wyłącznie w przypadku podawania IL2: a) morfologia krwi: 1, 8, 15 i 18 doba, b) badania biochemiczne: 1, 8, 15 i 18 doba, c) CRP: 1, 8, 15 i 18 doba, d) układ krzepnięcia: 1 i 8 doba, e) zdjęcie radiologiczne klatki piersiowej w 1. dobie w cyklach z interleukiną-2, f) EKG w 8. i 18. dobie, g) w przypadku wystąpienia poszerzenia źrenic z subiektywnym odczuciem pogorszenia wzroku, przed podaniem kolejnego cyklu obowiązuje wykonanie EEG oraz MRI ośrodkowego układu nerwowego, 3) po 2 cyklach dinutuksymabu beta obowiązuje ocena w kierunku wykluczenia progresji choroby obejmująca: a) badania obrazowe lokalizacji guza pierwotnego i ewentualnych miejsc przerzutów możliwych do oceny w badaniach obrazowych, b) ocena cytologiczna szpiku kostnego, c) oznaczenie markerów nowotworowych (katecholaminy, NSE, LDH), d) ocena układu kostnego (scyntygrafia z użyciem MIBG, a w przypadku braku wychwytu tego znacznika w guzie pierwotnym we wstępnym badaniu, scyntygrafia kości z użyciem technetu lub badania PET). **C. Badania po zakończeniu immunoterapii dla obu protokołów leczniczych** 1) badania obrazowe lokalizacji guza pierwotnego oraz okolic sąsiednich (tj. badania obrazowe głowy, klatki piersiowej oraz jamy brzusznej i miednicy),

d) wystąpienie wznowy lub progresji choroby, e) brak zgody pacjenta i/lub przedstawiciela ustawowego na kontynuację leczenia, f) brak współpracy uniemożliwiający prowadzenie terapii. 2) wskazania do przerwania cyklu immunoterapii z możliwością ponownego włączenia pacjenta do leczenia po uzyskaniu zgody Zespołu Koordynującego (konieczne: dostarczenie szczegółowego przebiegu wydarzeń i wgląd w dokumentację medyczną): a) hipotensja i/lub CLS w 3 i 4 stopniu WHO CTC, b) hiponatremia objawowa, hiponatremia <125 mmol/l trwająca >48 godzin lub hiponatremia ciężka <120 mmol/l, c) reakcja alergiczna w stopniu 4 WHO CTC (anafilaksja) lub 3 WHO CTC (skurcz oskrzeli), d) długotrwała obwodowa neuropatia ruchowa 2. stopnia WHO CTC, e) neuropatia obwodowa 3. stopnia, f) kardiotoksyczność ≥3 stopnia WHO CTC, g) ból neuropatyczny w stopniu 4 WHO CTC nie odpowiadający na leczenie, h) choroba posurowicza ≥3 stopnia WHO CTC, i) toksyczności skórne ≥3 stopnia WHO CTC, j) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą.		2) 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, 3) badania szpiku kostnego: biopsja i trepanobiopsja, 4) oznaczenie markerów: stężenie enolazy neurospecyficznej (NSE) oraz ferrytyny i aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH) w surowicy krwi oraz stężeń katecholamin i ich metabolitów w dobowej zbiórce moczu, 5) ocena funkcji narządów: a) funkcja serca: echo serca (frakcja skurczowa ≥30%) oraz EKG b) funkcja płuc: spirometria (FEV1 i FVC >60%), w przypadku braku możliwości wykonania spirometrii: pacjent nie może mieć cech duszności, saturacja krwi tlenem (SpO_2) mierzona pulsoksymetrem przy oddychaniu powietrzem atmosferycznym musi wynosić minimum 94%, c) funkcja szpiku kostnego: morfologia krwi obwodowej, d) funkcja wątroby: oznaczenie aktywności ALT oraz AST i stężenia bilirubiny, e) funkcja nerek – oznaczenie stężenia kreatyniny obliczenie eGFR, 6) ocena okulistyczna: badanie dna oka, a u dzieci współpracujących również badanie ostrości wzroku, 7) ocena słuchu, 8) badanie EEG, 9) badania w kierunku zakażeń wirusowych: anty-HBV, anty-HCV, HIV, 10) zdjęcie radiologiczne klatki piersiowej (u dzieci, które nie miały wykonanej tomografii klatki piersiowej), 11) ocena hormonów tarczycy, 12) badanie układu immunologicznego (ocena stężenia immunoglobulin, ocena odporności komórkowej). **D. Monitorowanie programu:**

		1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta, w tym danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Zespołu Koordynującego ds. „Leczenia dinutuksymabem beta Pacjentów z Nerwiakiem Zarodkowym Współczulnym"; 2) uzupełnianie przez lekarza prowadzącego danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. 4) Zgłaszanie działań niepożądanych do Urzędu Rejestracji Leków i Produktów Leczniczych 5) zgłaszanie ciężkich działań niepożądanych (stopień 3 i 4 WHO CTC) do Zespołu Koordynującego ds. „Leczenia dinutuksymabem beta Pacjentów z Nerwiakiem Zarodkowym Współczulnym".

Załącznik B.111.

LECZENIE CIĘŻKIEGO NIEDOBORU HORMONU WZROSTU U PACJENTÓW DOROSŁYCH ORAZ U MŁODZIEŻY PO ZAKOŃCZENIU TERAPII PROMUJĄCEJ WZRASTANIE (ICD-10 E23.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Do programu kwalifikuje Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu u Pacjentów Dorosłych oraz u Młodzieży po Zakończeniu Terapii Promującej Wzrastanie powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. **A. Kryteria kwalifikacji** 1) objawy niedoboru hormonu wzrostu (GH); 2) stężenie IGF-I poniżej zakresu wartości prawidłowych lub w dolnym przedziale zakresu referencyjnego; 3) potwierdzenie ciężkiego niedoboru GH (GHD) na podstawie: a) u osób dorosłych nieleczonych w dzieciństwie z powodu GHD (adult onset GHD – AO-GHD) – obniżone wydzielanie GH (poniżej 3 ng/ml) w dwóch różnych testach stymulacyjnych w przypadku izolowanej GHD lub w jednym teście stymulacyjnym w przypadku wielohormonalnej niedoczynności przysadki (testy muszą być wykonane po wcześniejszym właściwym wyrównaniu co najmniej niedoboru kortyzolu i L-tyroksyny); b) u młodzieży i osób dorosłych leczonych wcześniej z powodu GHD (childhood onset GHD – CO-GHD) – obniżone wydzielanie GH (poniżej 3 ng/ml) w dwóch różnych testach	**A. Dawkowanie** Somatotropina podawana codziennie wieczorem w postaci iniekcji podskórnych w dawce 0,1-0,8 mg.	**A. Badania przy kwalifikacji do leczenia** 1) ocena wzrostu, masy ciała i obwodu talii (wskaźnik BMI i WHR), zalecane: ocena składu ciała metodą bioimpedancji; 2) pomiar ciśnienia tętniczego krwi; 3) morfologia krwi z rozmazem; 4) jonogram surowicy krwi (co najmniej stężenie Na, K i Ca); 5) ocena stężenia IGF-I; 6) ocena gospodarki węglowodanowej: oznaczenie stężenia glukozy na czczo i odsetka hemoglobiny glikowanej (HbA_1c) lub test doustnego obciążenia glukozą - z oceną glikemii i insulinemii; 7) ocena gospodarki lipidowej: ocena stężenia triglicerydów, całkowitego cholesterolu, frakcji HDL cholesterolu i LDL cholesterolu; 8) oznaczenie stężenia TSH i FT4; 9) ocena jakości życia poprzez użycie odpowiedniego kwestionariusza quality of life (QoL) *[Endokrynol. Pol. 2008;59(5):374-384]*; 10) pomiar stężenia kortyzolu w godzinach porannych; 11) jeden lub dwa testy stymulujące sekrecję GH, zgodnie z Kryteriami Kwalifikacji do Programu; podstawowym testem

stymulacyjnych w przypadku izolowanej GHD, lub w jednym teście w przypadku wielohormonalnej niedoczynności przysadki (testy muszą być wykonane po wcześniejszym właściwym wyrównaniu co najmniej niedoboru kortyzolu i L-tyroksyny); c) w przypadku występowania wielohormonalnej niedoczynności przysadki w zakresie wszystkich osi (z wyjątkiem prolaktyny) i potwierdzeniem przyczyny organicznej lub genetycznej tego stanu, możliwe jest odstąpienie od wykonania testów stymulacyjnych i kwalifikacja do leczenia rhGH po potwierdzeniu obniżonego stężenia IGF-I; 4) brak przeciwwskazań do terapii GH stwierdzonych na podstawie wyników badań ogólnych lub obrazowych (w szczególności MRI okolicy podwzgórzowo-przysadkowej lub TK z kontrastem) w celu wykluczenia czynnego procesu nowotworowego. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **B. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego lub Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia. **C. Kryteria wyłączenia z programu** 1) ujawnienie lub wznowa czynnego procesu nowotworowego; 2) ciężkie stany zagrażające życiu; 3) cukrzyca nie dająca się wyrównać w warunkach leczenia rhGH; 4) utrzymujące się podwyższone stężenie IGF-I, pomimo zmniejszenia dawki leku do minimalnej (0,1 mg/dziennie);		powinien być test stymulacyjny z zastosowaniem insuliny podanej dożylnie, w przypadku przeciwwskazań do w/w testu lub konieczności wykonania dwóch testów należy wykonać test z glukagonem, L-DOPA lub z argininą; 12) obrazowanie okolicy podwzgórzowo-przysadkowej (MRI lub TK z kontrastem); 13) USG jamy brzusznej; 14) EKG, ewentualnie USG serca; 15) badanie dna oka; 16) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb. **B. Monitorowanie leczenia** 1) po 30 dniach od rozpoczęcia terapii: a) pomiar stężenia IGF-I w celu ustalenia dawki optymalnej. 2) co 180 dni: a) ocena masy ciała i obwodu talii (wskaźnik BMI i WHR), zalecane: ocena składu ciała metodą bioimpedancji; b) pomiar ciśnienia tętniczego krwi; c) jonogram surowicy krwi (co najmniej stężenie Na, K i Ca); d) określenie odsetka HbA1c; e) ocena stężenia IGF-I; f) oznaczenie stężenia TSH i FT4; g) ocena stężenia triglicerydów, całkowitego cholesterolu, frakcji HDL cholesterolu i LDL cholesterolu; h) ocena QoL; i) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb.

5) wystąpienie nowych lub brak poprawy istniejących zaburzeń metabolicznych i pogorszenie jakości życia (ocena po 12 i 24 miesiącach); 6) brak zgody świadczeniobiorcy na kontynuację leczenia lub brak współpracy świadczeniobiorcy.		**C. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.112.

LECZENIE MUKOWISCYDOZY (ICD-10 E84)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>1. Kryteria kwalifikacji
Do leczenia kwalifikowani są chorzy, spełniający łącznie wszystkie poniższe kryteria:
1) potwierdzone rozpoznanie mukowiscydozy;
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 u chorych w wieku 12 miesięcy i starszych;
3) regularna opieka ośrodka specjalizującego się w opiece nad chorymi na mukowiscydozę (minimum 3 udokumentowane konsultacje lekarskie w ciągu ostatnich 12 miesięcy);
4) pozytywna opinia minimum 2 lekarzy, w tym jednego z co najmniej 10-letnim doświadczeniem klinicznym w pracy z chorymi na mukowiscydozę.

2. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu
1) nadwrażliwość na iwakaftor lub jakąkolwiek substancję pomocniczą zawartą w leku;
2) stan po przeszczepieniu narządu;
3) ciąża, planowanie ciąży, karmienie piersią;</td>
<td>Dawkowanie
Dawkowanie leku zgodnie z aktualnie obowiązującą Charakterystyką Produktu Leczniczego Kalydeco na dzień wydania decyzji refundacyjnej.</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji
W okresie do 3 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia:
1) test potowy;
2) badanie spirometryczne (u chorych, u których rozwój psychofizyczny gwarantuje prawidłowe przeprowadzenie testu);
3) aminotransferaza alaninowa;
4) aminotransferaza asparaginowa;
5) badanie mikrobiologiczne plwociny lub wymazu z gardła;
6) konsultacja okulistyczna.
W okresie do 12 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia
1) RTG klatki piersiowej.

2. Monitorowanie leczenia
1) test potowy po 6 i 12 miesiącach po rozpoczęciu leczenia, a następnie raz w roku;
2) badanie spirometryczne (u chorych u których rozwój psychofizyczny gwarantuje prawidłowe przeprowadzenie testu) po 6 i 12 miesiącach po rozpoczęcia leczenia, a następnie raz w roku;
3) badanie mikrobiologiczne plwociny lub wymazu z gardła po 6 i 12 miesiącach od rozpoczęcia leczenia, a następnie raz w roku;</td>
</tr>
</table>

4) aktywność aminotransferazy alaninowej lub asparaginowej 5-krotnie większa od górnej granicy normy; 5) dziedziczna nietolerancja galaktozy, niedobór laktazy (typu Lapp) lub z zespół złego wchłaniania glukozy-galaktozy; 6) konieczność stosowania silnych induktorów izoenzymu CYP3A takich jak: ryfampicyna, ryfabutyna, fenobarbital, karbamazepina, fenytoina i ziele dziurawca; 7) brak zgody na monitorowanie efektów klinicznych leczenia na podstawie danych zebranych przez świadczeniodawcę lub płatnika w systemach informatycznych. **3. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego, doświadczonego w leczeniu chorych z mukowiscydozą, decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu. **4. Kryteria wyłączenia z programu** 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na iwakaftor lub którykolwiek ze składników preparatu; 2) przeszczepienie narządu; 3) aktywność aminotransferazy alaninowej lub asparaginowej 5-krotnie większa od górnej granicy normy (po ustabilizowaniu aktywności tych enzymów na poziomie poniżej 5-krotności górnej granicy normy, można rozważyć powrót do leczenia, bez ponownej kwalifikacji chorego); 4) konieczność stosowania silnych induktorów izoenzymu CYP3A, takich jak : ryfampicyna, ryfabutyna, fenobarbital, karbamazepina, fenytoina i ziele dziurawca; 5) ciężkie zaburzenia funkcjonowania wątroby (klasa C w skali Childa-Pugha);		4) aktywność aminotransferazy alaninowej i asparaginowej po 3, 6, i 12 miesiącach od rozpoczęcia leczenia, a następnie raz w roku; 5) konsultacja okulistyczna raz w roku. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ); 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) zgodnie z opisem programu i wymogami NFZ; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

6) ciąża, planowanie ciąży, karmienie piersią (wyłączenie czasowe, na okres trwania ciąży, planowania ciąży i karmienia piersią); 7) wycofanie zgody na monitorowanie efektów klinicznych leczenia na podstawie danych zebranych przez świadczeniodawcę lub płatnika w systemach informatycznych.		

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**
1. Kryteria kwalifikacji Do programu kwalifikują się pacjenci spełniający wszystkie niżej wymienione kryteria: 1) przewlekła choroba nerek z następstwami nieprawidłowego lub niewystarczającego metabolizmu białek w stadium 4 lub 5 wg klasyfikacji KDIGO; 2) przeciwwskazania lub brak wskazań do leczenia nerkozastępczego; 3) brak cech niedożywienia – ocena stopnia odżywienia według skali SGA = A lub B (ang. *Subjective Global Assessment*); albo stężenie albuminy co najmniej 3,5 g/dl oraz limfocytemia >1500/mm$^{3;}$ 4) BMI w granicach normy; 5) redukcja eGFR <2 ml/min w ciągu ostatnich 6 miesięcy przed kwalifikacją; 6) proteinuria <1 g/g kreatyniny w moczu; 7) przestrzeganie ubogobiałkowej diety przez ≥3 miesiące przed rozpoczęciem terapii – spożycie białka nie wyższe niż 0,8 g/kg m.c./dobę – udokumentowane za pomocą PNA/wydalania mocznika lub BUN; 8) deklaracja przestrzegania wymaganej diety pod indywidualnym nadzorem dietetyka;	**1. Dawkowanie** Zalecana dawka leku Ketosteril® wynosi 4 do 8 tabletek trzy razy na dobę w czasie posiłków. Ponadto od momentu włączenia do programu lekowego chory powinien stosować dietę, w której spożycie białka wynosi 0,4 g/kg m.c./dobę, przy czym dopuszczalne są odchylenia od tej wartości, jednak nie większe niż do poziomu powyżej 0,6 g/kg m.c./dobę.	**1. Badania przy kwalifikacji do programu** 1) oznaczenie dziennego spożycia białka (PNA/wydalanie mocznika/BUN); 2) oznaczenie eGFR z zastosowaniem wzoru MDRD; 3) ocena stopnia odżywienia według skali SGA; 4) badanie krwi z oceną stężenia: białka C-reaktywnego, albuminy, wapnia, potasu, fosforanów, kreatyniny, mocznika, kwasu moczowego, wodorowęglanów i glukozy oraz ocena aktywności fosfatazy zasadowej oraz liczby limfocytów/mm^3; 5) badanie ogólne moczu i ocena stężenia wydalania białka i fosforu; 6) ocena BMI. **2. Monitorowanie leczenia** 1) badania wykonywane co 30 dni: a) oznaczenie dziennego spożycia białka (PNA/wydalanie mocznika/BUN); b) ocena stopnia odżywienia według skali SGA;

9) wiek ≥18 lat. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów włączenia i kryteriów wyłączenia z programu. **3. Kryteria uniemożliwiające kwalifikację do programu:** Do programu nie mogą być zakwalifikowani pacjenci w przypadku spełnienia co najmniej jednego z niżej wymienionych kryteriów: 1) zakwalifikowanie do leczenia nerkozastępczego; 2) chorzy w trakcie leczenia nerkozastępczego; 3) brak współpracy pacjenta w zakresie dotychczasowej terapii i kontroli; 4) udokumentowane zaburzenia metabolizmu aminokwasów; 5) hiperkalcemia; 6) źle kontrolowane nadciśnienie tętnicze; 7) istotne choroby towarzyszące (cukrzyca, aktywna choroba wątroby, zespół złego wchłaniania, choroby zapalne jelit); 8) anoreksja; 9) zła tolerancja leczenia lub wcześniejsza nie tolerancja leczenia; 10) występowanie cech niedożywienia – ocena stopnia odżywienia według skali SGA = C (ang. *Subjective Global Assessment*). **4. Kryteria wyłączania z programu** Leczenie w ramach programu zostaje zakończone w przypadku wystąpienia co najmniej jednego z poniższych kryteriów:		c) badanie krwi z oceną stężenia: albuminy, wapnia, potasu, fosforanów, limfocytów, mocznika, kwasu moczowego i glukozy; d) badanie wydalania w moczu białka i fosforu (dopuszczalne B/Cr i P/Cr); 2) badania wykonywane co 90 dni: a) stężenie kreatyniny i wodorowęglanów w surowicy; b) ocena aktywności fosfatazy zasadowej; c) oznaczenie GFR z zastosowaniem wzoru MDRD; d) ocena BMI. 3) konsultacje wykonywane co 30 dni: a) konsultacja nefrologiczna; b) w ramach indywidualnego nadzoru nad dietą pacjenta konsultacja z dietetykiem odnośnie właściwego stosowania przez pacjenta wymaganej diety; 4) po roku leczenia ketoanalogami aminokwasów wykonuje się ocenę hamowania progresji choroby na podstawie spadku eGFR. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;

1) spełnienie co najmniej jednego z kryteriów uniemożliwiających kwalifikację do programu; 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na substancje czynne lub którąkolwiek substancję pomocniczą; 3) poprawa w zakresie stadium zaawansowania choroby do stadium 3, 2 lub 1 wg klasyfikacji KDIGO; 4) brak współpracy pacjenta w zakresie przestrzegania bardzo ubogobiałkowej diety, w której docelowe spożycie białka wynosi 0,4 g/kg m.c./dobę, przy czym dopuszczalne są odchylenia od tej wartości, jednak nie większe niż do poziomu powyżej 0,6 g/kg m.c./dobę.		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.

C. Leki, stosowane w ramach chemioterapii w całym zakresie zarejestrowanych wskazań i przeznaczeń oraz we wskazaniu określonym stanem klinicznym

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
1	Acidum levofolinicum	Levofolic, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.po 4 ml	05909990648818	2019-07-01	3 lata	1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego	56,16	58,97	58,97	C.0.01.	bezpłatny	0 zł
2	Acidum levofolinicum	Levofolic, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.po 9 ml	05909990648825	2019-07-01	3 lata	1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego	126,36	132,68	132,68	C.0.01.	bezpłatny	0 zł
3	Acidum zoledronicum	Desinobon, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fiol.po 5 ml	05909991009250	2018-07-01	3 lata	1117.0, bisfosfoniany - kwas zoledronowy	97,20	102,06	96,39	C.68.	bezpłatny	0 zł
4	Acidum zoledronicum	Fayton, roztwór do infuzji, 4 mg/100 ml	1 fiol.po 100 ml	05909991078577	2018-07-01	3 lata	1117.0, bisfosfoniany - kwas zoledronowy	91,80	96,39	96,39	C.68.	bezpłatny	0 zł
5	Acidum zoledronicum	Fayton, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fiol.po 5 ml	05909991016197	2018-07-01	3 lata	1117.0, bisfosfoniany - kwas zoledronowy	91,80	96,39	96,39	C.68.	bezpłatny	0 zł
6	Acidum zoledronicum	Osporil, roztwór do infuzji, 4 mg/100 ml	1 fiol.po 100 ml	05909991228392	2018-05-01	3 lata	1117.0, bisfosfoniany - kwas zoledronowy	91,80	96,39	96,39	C.68.	bezpłatny	0 zł
7	Acidum zoledronicum	Zoledronic acid Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fiol.	05055565711958	2019-01-01	3 lata	1117.0, bisfosfoniany - kwas zoledronowy	83,16	87,32	87,32	C.68.	bezpłatny	0 zł
8	Acidum zoledronicum	Zomikos, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fiol.po 5 ml	05909990948994	2018-07-01	3 lata	1117.0, bisfosfoniany - kwas zoledronowy	95,04	99,79	96,39	C.68.	bezpłatny	0 zł
9	Anagrelidum	Anagrelid Aurovitas, kapsułki twarde, 0,5 mg	100 szt.	05909991386436	2020-11-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	410,40	430,92	430,92	C.72.	bezpłatny	0 zł
10	Anagrelidum	Anagrelide Accord, kapsułki twarde, 0,5 mg	100 szt.	05909991359850	2018-11-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	810,00	850,50	805,14	C.72.	bezpłatny	0 zł
11	Anagrelidum	Anagrelide Accord, kapsułki twarde, 1 mg	100 szt.	05909991359867	2018-11-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	1620,00	1701,00	1610,28	C.72.	bezpłatny	0 zł
12	Anagrelidum	Anagrelide Bioton, kapsułki twarde, 0,5 mg	100 kaps.	05909991362157	2019-03-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	550,80	578,34	578,34	C.72.	bezpłatny	0 zł
13	Anagrelidum	Anagrelide Glenmark, kapsułki twarde, 0,5 mg	100 szt.	05902020241652	2018-11-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	766,80	805,14	805,14	C.72.	bezpłatny	0 zł
14	Anagrelidum	Anagrelide Mylan, kapsułki twarde, 0,5 mg	100 kaps.	05901797710033	2019-03-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	648,00	680,40	680,40	C.72.	bezpłatny	0 zł
15	Anagrelidum	Anagrelide Ranbaxy, kapsułki twarde, 0,5 mg	100 kaps.	05909991362140	2018-11-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	745,20	782,46	782,46	C.72.	bezpłatny	0 zł
16	Anagrelidum	Anagrelide Sandoz, kapsułki twarde, 0,5 mg	100 kaps.	05907626708394	2018-07-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	864,00	907,20	805,14	C.72.	bezpłatny	0 zł
17	Anagrelidum	Anagrelide Stada, kapsułki twarde, 0,5 mg	100 kaps.	05909991355135	2019-03-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	550,80	578,34	578,34	C.72.	bezpłatny	0 zł
18	Anagrelidum	Anagrelide Vipharm, kapsułki twarde, 0,5 mg	100 kaps.	05909991354480	2018-05-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	1015,20	1065,96	805,14	C.72.	bezpłatny	0 zł
19	Anagrelidum	Anagrelide Vipharm, kapsułki twarde, 1 mg	100 kaps.	05909991354503	2018-05-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	2030,40	2131,92	1610,28	C.72.	bezpłatny	0 zł
20	Anagrelidum	Anagrelide Zentiva, kapsułki twarde, 0,5 mg	100 kaps.	05909991356118	2019-01-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	653,40	686,07	686,07	C.72.	bezpłatny	0 zł
21	Anagrelidum	Grenalvon, kapsułki twarde, 0,5 mg	100 kaps.	05909991354053	2018-05-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	1004,40	1054,62	805,14	C.72.	bezpłatny	0 zł
22	Anagrelidum	Grenalvon, kapsułki twarde, 1 mg	100 kaps.	05909991354077	2018-05-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	2008,80	2109,24	1610,28	C.72.	bezpłatny	0 zł
23	Anagrelidum	Thromboreductin, kaps., 0,5 mg	100 szt.	05909990670154	2019-01-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	810,00	850,50	805,14	C.72.	bezpłatny	0 zł
24	Aprepitantum	Aprepitant Accord, kaps. twarde, 125 mg; 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991400576	2020-09-01	3 lata	1114.0, Aprepitant	84,24	88,45	68,04	C.0.12.	bezpłatny	0 zł
25	Aprepitantum	Aprepitant Mylan, kaps. twarde, 125 mg; 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991352547	2020-09-01	3 lata	1114.0, Aprepitant	81,54	85,62	68,04	C.0.12.	bezpłatny	0 zł
26	Aprepitantum	Aprepitant Sandoz, kaps. twarde, 125 mg; 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991360818	2019-11-01	3 lata	1114.0, Aprepitant	95,04	99,79	68,04	C.0.12.	bezpłatny	0 zł
27	Aprepitantum	Aprepitant Teva, kaps. twarde, 125 mg; 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991383169	2019-09-01	3 lata	1114.0, Aprepitant	64,80	68,04	68,04	C.0.12.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
28	Aprepitantum	Emend, kaps. twarde, 125 mg; 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909990007387	2020-09-01	5 lat	1114.0, Aprepitant	64,80	68,04	68,04	C.0.12.	bezpłatny	0 zł
29	Arsenicum trioxidum	Trisenox, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	10 amp.po 10 ml	05909990016433	<1>2020-03-01/<2>2021-01-01/<3>2019-05-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1109.0, Trójtlenek arsenu	13365,00	14033,25	7654,50	<1>C.65.a.; <2>C.65.b.; <3>C.65.c.	bezpłatny	0 zł
30	Arsenii trioxidum	Arsenic trioxide Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	10 fiolek	05055565763643	2020-11-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1109.0, Trójtlenek arsenu	7290,00	7654,50	7654,50	<1>C.65.a.; <2>C.65.b.; <3>C.65.c.	bezpłatny	0 zł
31	Azacitidinum	Azacitidine Accord, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 25 mg/ml	1 fiol. a 100 mg	05055565758359	2020-11-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna	631,80	663,39	663,39	<1>C.69.a.; <2>C.69.b.	bezpłatny	0 zł
32	Azacitidinum	Vidaza, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 25 mg/ml	1 fiol. a 100 mg	05909990682706	<1>2019-11-01/<2>2020-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna	1100,79	1155,83	663,39	<1>C.69.a.; <2>C.69.b.	bezpłatny	0 zł
33	Bendamustini hydrochloridum	Bendamustine Glenmark, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml	5 fiol. (100 mg)	05902020241508	2020-09-01	3 lata	1115.0, Bendamustyna	2484,00	2608,20	1701,00	C.67.	bezpłatny	0 zł
34	Bendamustini hydrochloridum	Bendamustine Glenmark, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml	5 fiol. (25 mg)	05902020241492	2020-09-01	3 lata	1115.0, Bendamustyna	621,00	652,05	425,25	C.67.	bezpłatny	0 zł
35	Bendamustinum hydrochloridum	Bendamustine Accord, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml	5 fiol.po 100 mg	05909991198183	2019-01-01	3 lata	1115.0, Bendamustyna	1620,00	1701,00	1701,00	C.67.	bezpłatny	0 zł
36	Bendamustinum hydrochloridum	Bendamustine Accord, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml	5 fiol.po 25 mg	05909991198145	2019-01-01	3 lata	1115.0, Bendamustyna	486,00	510,30	425,25	C.67.	bezpłatny	0 zł
37	Bendamustinum hydrochloridum	Bendamustine STADA, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml	5 fiol.po 100 mg	05909991242022	2018-07-01	3 lata	1115.0, Bendamustyna	1620,00	1701,00	1701,00	C.67.	bezpłatny	0 zł
38	Bendamustinum hydrochloridum	Bendamustine STADA, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml	5 fiol.po 25 mg	05909991242039	2018-07-01	3 lata	1115.0, Bendamustyna	405,00	425,25	425,25	C.67.	bezpłatny	0 zł
39	Bendamustinum hydrochloridum	Bendamustine Zentiva, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml	5 fiol.po 100 mg	05909991267285	2019-01-01	3 lata	1115.0, Bendamustyna	864,00	907,20	907,20	C.67.	bezpłatny	0 zł
40	Bendamustinum hydrochloridum	Bendamustine Zentiva, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml	5 fiol.po 25 mg	05909991267292	2019-01-01	3 lata	1115.0, Bendamustyna	216,00	226,80	226,80	C.67.	bezpłatny	0 zł
41	Bicalutamidum	Bicalutamide Accord, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990851188	2019-07-01	3 lata	1002.0, Bicalutamidum	18,36	19,28	19,28	C.2.	bezpłatny	0 zł
42	Bicalutamidum	Bicalutamide Polpharma 50 mg, tabl. powl., 50 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990052981	2019-01-01	3 lata	1002.0, Bicalutamidum	53,99	56,69	53,87	C.2.	bezpłatny	0 zł
43	Bicalutamidum	Binabic, tabl. powl., 150 mg	28 szt.	05909990697427	2019-05-01	3 lata	1002.0, Bicalutamidum	156,71	164,55	161,61	C.2.	bezpłatny	0 zł
44	Bicalutamidum	Binabic, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990696963	2019-11-01	3 lata	1002.0, Bicalutamidum	51,30	53,87	53,87	C.2.	bezpłatny	0 zł
45	Bleomycini sulphas	Bleomedac, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 15000 IU/fiolkę	1 fiol.po 10 ml	05909990946983	2019-07-01	3 lata	1003.0, Bleomycinum	97,20	102,06	102,06	C.3.	bezpłatny	0 zł
46	Bortezomibum	Bortezomib Accord, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg	1 fiol. 6 ml	05055565749142	2020-01-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	249,48	261,95	261,95	C.76.	bezpłatny	0 zł
47	Bortezomibum	Bortezomib Accord, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg	1 fiol.	05055565718339	2018-09-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	1080,00	1134,00	1134,00	C.76.	bezpłatny	0 zł
48	Bortezomibum	Bortezomib Adamed, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg	1 fiol.	05906414000771	2018-11-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	324,00	340,20	324,00	C.76.	bezpłatny	0 zł
49	Bortezomibum	Bortezomib Adamed, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2,5 mg	1 fiol.	05900411003193	2020-03-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	623,70	654,89	654,89	C.76.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
50	Bortezomibum	Bortezomib Adamed, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg	1 fiol.	05906414000788	2018-11-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	1134,00	1190,70	1134,00	C.76.	bezpłatny	0 zł
51	Bortezomibum	Bortezomib Glenmark, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg	1 fiol.	05902020241461	2018-11-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	280,80	294,84	294,84	C.76.	bezpłatny	0 zł
52	Bortezomibum	Bortezomib Glenmark, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg	1 fiol.	05902020241478	2018-11-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	982,80	1031,94	1031,94	C.76.	bezpłatny	0 zł
53	Bortezomibum	Bortezomib medac, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg	1 fiol.	05909991382124	2020-01-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	172,80	181,44	181,44	C.76.	bezpłatny	0 zł
54	Bortezomibum	Bortezomib medac, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg	1 fiol.	05909991382131	2020-01-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	270,00	283,50	283,50	C.76.	bezpłatny	0 zł
55	Bortezomibum	Bortezomib SUN, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg	1 fiol.	05909991351762	2019-11-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	216,00	226,80	226,80	C.76.	bezpłatny	0 zł
56	Bortezomibum	Bortezomib Zentiva, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg	1 fiol. proszku	05909991250829	<1>2020-01-01/<2>2021-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1054.0, Bortezomib	131,76	138,35	138,35	<1>C.76.; <2>C.76.b.	bezpłatny	0 zł
57	Bortezomibum	Bortezomib Zentiva, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg	1 fiol. proszku	05909991250812	<1>2020-01-01/<2>2021-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1054.0, Bortezomib	211,68	222,26	222,26	<1>C.76.; <2>C.76.b.	bezpłatny	0 zł
58	Busulfanum	Myleran, tabl. powl., 2 mg	100 szt.	05909990277926	2019-07-01	3 lata	1101.0, Busulfanum	1105,92	1161,22	1161,22	C.4.	bezpłatny	0 zł
59	Calcii folinas	Calcium folinate Sandoz, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 10 ml	05907626707564	2017-09-01	5 lat	1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego	20,52	21,55	21,55	C.0.02.	bezpłatny	0 zł
60	Calcii folinas	Calcium folinate Sandoz, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 100 ml	05907626707601	2017-09-01	5 lat	1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego	162,00	170,10	170,10	C.0.02.	bezpłatny	0 zł
61	Calcii folinas	Calcium folinate Sandoz, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 20 ml	05907626707571	2017-09-01	5 lat	1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego	35,64	37,42	37,42	C.0.02.	bezpłatny	0 zł
62	Calcii folinas	Calcium folinate Sandoz, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 35 ml	05907626707588	2017-09-01	5 lat	1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego	62,37	65,49	65,49	C.0.02.	bezpłatny	0 zł
63	Calcii folinas	Calcium folinate Sandoz, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 5 ml	05907626707540	2017-09-01	5 lat	1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego	10,26	10,77	10,77	C.0.02.	bezpłatny	0 zł
64	Calcii folinas	Calcium folinate Sandoz, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 50 ml	05907626707595	2017-09-01	5 lat	1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego	81,00	85,05	85,05	C.0.02.	bezpłatny	0 zł
65	Calcii folinas	Calciumfolinat-Ebewe, kaps. twarde, 15 mg	20 szt.	05909990356713	2019-11-01	3 lata	1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego	21,60	22,68	22,68	C.0.02.	bezpłatny	0 zł
66	Capecitabinum	Capecitabine Accord, tabl. powl., 150 mg	60 szt.	05055565707531	<1>2019-03-01/<2>2020-09-01/<3>2020-01-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1006.0, Capecitabinum	74,52	78,25	68,04	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.; <3>C.5.c.	bezpłatny	0 zł
67	Capecitabinum	Capecitabine Accord, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05055565709153	<1>2019-03-01/<2>2020-09-01/<3>2020-01-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1006.0, Capecitabinum	149,04	156,49	136,08	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.; <3>C.5.c.	bezpłatny	0 zł
68	Capecitabinum	Capecitabine Accord, tabl. powl., 500 mg	120 szt.	05055565707548	<1>2019-03-01/<2>2020-09-01/<3>2020-01-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1006.0, Capecitabinum	432,00	453,60	453,60	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.; <3>C.5.c.	bezpłatny	0 zł
69	Capecitabinum	Capecitabine Glenmark, tabl. powl., 150 mg	60 szt.	05909991004736	<1>2019-03-01/<2>2020-09-01/<3>2020-01-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1006.0, Capecitabinum	75,49	79,26	68,04	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.; <3>C.5.c.	bezpłatny	0 zł
70	Capecitabinum	Capecitabine Glenmark, tabl. powl., 500 mg	120 szt.	05909991004699	<1>2019-03-01/<2>2020-09-01/<3>2020-01-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1006.0, Capecitabinum	503,28	528,44	453,60	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.; <3>C.5.c.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
71	Capecitabinum	Ecansya, tabl. powl., 150 mg	60 tabl.	05909991011079	<1>2019-03-01/<2>2020-09-01/<3>2020-01-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1006.0, Capecitabinum	113,40	119,07	68,04	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.; <3>C.5.c.	bezpłatny	0 zł
72	Capecitabinum	Ecansya, tabl. powl., 500 mg	120 tabl.	05909991011239	<1>2019-03-01/<2>2020-09-01/<3>2020-01-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1006.0, Capecitabinum	756,00	793,80	453,60	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.; <3>C.5.c.	bezpłatny	0 zł
73	Capecitabinum	Xeloda, tabl. powl., 500 mg	120 szt.	05909990893515	<1>2019-07-01/<2>2020-09-01/<3>2020-01-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1006.0, Capecitabinum	585,36	614,63	453,60	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.; <3>C.5.c.	bezpłatny	0 zł
74	Carboplatinum	Carbomedac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. po 100 ml	05909990816194	2018-05-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	260,28	273,29	273,29	C.6.	bezpłatny	0 zł
75	Carboplatinum	Carbomedac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. po 15 ml	05909990816163	2018-05-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	39,96	41,96	41,96	C.6.	bezpłatny	0 zł
76	Carboplatinum	Carbomedac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. po 45 ml	05909990816170	2018-05-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	102,06	107,16	107,16	C.6.	bezpłatny	0 zł
77	Carboplatinum	Carbomedac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. po 5 ml	05909990816156	2018-05-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	18,25	19,16	19,16	C.6.	bezpłatny	0 zł
78	Carboplatinum	Carbomedac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. po 60 ml	05909990816187	2018-05-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	173,88	182,57	182,57	C.6.	bezpłatny	0 zł
79	Carboplatinum	Carboplatin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 5 ml	05909990450015	2017-09-01	5 lat	1005.0, Carboplatinum	24,62	25,85	25,85	C.6.	bezpłatny	0 zł
80	Carboplatinum	Carboplatin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 15 ml	05909990450022	2019-01-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	45,90	48,20	48,20	C.6.	bezpłatny	0 zł
81	Carboplatinum	Carboplatin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 45 ml	05909990450039	2019-01-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	139,32	146,29	146,29	C.6.	bezpłatny	0 zł
82	Carboplatinum	Carboplatin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 60 ml	05909990662753	2019-01-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	186,84	196,18	196,18	C.6.	bezpłatny	0 zł
83	Carboplatinum	Carboplatin Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. a 15 ml	05909990776733	2021-03-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	36,72	38,56	38,56	C.6.	bezpłatny	0 zł
84	Carboplatinum	Carboplatin Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. a 45 ml	05909990776740	2021-03-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	104,76	110,00	110,00	C.6.	bezpłatny	0 zł
85	Carboplatinum	Carboplatin Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990776726	2019-01-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	12,74	13,38	13,38	C.6.	bezpłatny	0 zł
86	Carboplatinum	Carboplatin Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 60 ml	05909990851058	2019-07-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	131,76	138,35	138,35	C.6.	bezpłatny	0 zł
87	Carboplatinum	Carboplatin Pfizer, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 fiol.po 15 ml	05909990477425	2019-01-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	41,90	44,00	44,00	C.6.	bezpłatny	0 zł
88	Carboplatinum	Carboplatin Pfizer, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 fiol.po 45 ml	05909990477432	2019-01-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	102,28	107,39	107,39	C.6.	bezpłatny	0 zł
89	Carboplatinum	Carboplatin Pfizer, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990477418	2019-07-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	24,84	26,08	26,08	C.6.	bezpłatny	0 zł
90	Chlorambucilum	Leukeran, tabl. powl., 2 mg	25 szt.	05909990345618	2019-07-01	3 lata	1099.0, Chlorambucilum	205,25	215,51	215,51	C.8.	bezpłatny	0 zł
91	Ciclosporinum	Sandimmun , koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 50 mg/ml	10 amp. po 1 ml	05909990119813	2019-01-01	3 lata	1007.0, Ciclosporinum	118,80	124,74	124,74	C.10.	bezpłatny	0 zł
92	Cisplatinum	Cisplatin-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol.a 100 ml	05909990958535	2021-03-01	3 lata	1008.0, Cisplatinum	71,28	74,84	74,84	C.11.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
93	Cisplatinum	Cisplatin-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990958481	2019-11-01	3 lata	1008.0, Cisplatinum	9,03	9,48	9,48	C.11.	bezpłatny	0 zł
94	Cisplatinum	Cisplatin-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909990958504	2019-11-01	3 lata	1008.0, Cisplatinum	42,12	44,23	44,23	C.11.	bezpłatny	0 zł
95	Cisplatinum	Cisplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol. a 10 ml	05909990838745	2021-03-01	3 lata	1008.0, Cisplatinum	6,26	6,57	6,57	C.11.	bezpłatny	0 zł
96	Cisplatinum	Cisplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol. a 100 ml	05909990894772	2021-03-01	3 lata	1008.0, Cisplatinum	62,64	65,77	65,77	C.11.	bezpłatny	0 zł
97	Cisplatinum	Cisplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol. a 50 ml	05909990838769	2021-03-01	3 lata	1008.0, Cisplatinum	31,32	32,89	32,89	C.11.	bezpłatny	0 zł
98	Cladribinum	Biodribin, roztwór do infuzji, 10 mg	1 fiol.po 10 ml	05909990713417	2019-07-01	3 lata	1009.0, Cladribinum	493,34	518,01	518,01	C.12.	bezpłatny	0 zł
99	Clofarabinum	Clofarabine Norameda, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909991385569	2019-07-01	3 lata	1111.0, Klofarabina	2808,00	2948,40	2948,40	<1>C.66.a.; <2> C.66.b.	bezpłatny	0 zł
100	Clofarabinum	Evoltra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990710997	<1>2019-05-01/<2>2018-05-01	3 lata	1111.0, Klofarabina	3785,72	3975,01	2948,40	<1>C.66.a.; <2> C.66.b.	bezpłatny	0 zł
101	Crisantaspasum	Erwinase, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 10000 j.m./fiolkę	5 fiol.	05060146290302	<1>2020-09-01/<2>2020-11-01	3 lata	1146.0, Crisantaspasum	14580,00	15309,00	15309,00	<1>C.78.a.; <2>C.78.b.	bezpłatny	0 zł
102	Cyclophosphamidum	Endoxan, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 1 g	1 fiol.po 75 ml	05909990241019	2019-01-01	3 lata	1010.1, Cyclophosphamidum inj.	54,96	57,71	57,71	C.13.	bezpłatny	0 zł
103	Cyclophosphamidum	Endoxan, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 200 mg	1 fiol.po 10 ml	05909990240913	2019-01-01	3 lata	1010.1, Cyclophosphamidum inj.	14,58	15,31	11,54	C.13.	bezpłatny	0 zł
104	Cyclophosphamidum	Endoxan, tabl. drażowane, 50 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990240814	2019-01-01	3 lata	1010.2, Cyclophosphamidum p.o.	72,52	76,15	76,15	C.13.	bezpłatny	0 zł
105	Cytarabinum	Alexan, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990640188	2019-01-01	3 lata	1011.1, Cytarabinum	8,42	8,84	8,84	C.14.	bezpłatny	0 zł
106	Cytarabinum	Alexan, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990181216	2019-01-01	3 lata	1011.1, Cytarabinum	42,12	44,23	44,23	C.14.	bezpłatny	0 zł
107	Cytarabinum	Alexan, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990181223	2019-01-01	3 lata	1011.1, Cytarabinum	84,24	88,45	88,45	C.14.	bezpłatny	0 zł
108	Cytarabinum	Alexan, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	1 fiol.po 40 ml	05909990624935	2019-01-01	3 lata	1011.1, Cytarabinum	168,48	176,90	176,90	C.14.	bezpłatny	0 zł
109	Cytarabinum	Cytosar, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 1 g	1 fiol. z prosz.	05909990314614	2019-01-01	3 lata	1011.1, Cytarabinum	83,16	87,32	87,32	C.14.	bezpłatny	0 zł
110	Cytarabinum	Cytosar, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 100 mg	1 fiol.z prosz. + 1 amp.z rozp.	05909990154715	2019-07-01	3 lata	1011.1, Cytarabinum	11,03	11,58	8,85	C.14.	bezpłatny	0 zł
111	Cytarabinum	Cytosar, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 mg	1 fiol. z prosz. (+ rozp.)	05909990314515	2019-01-01	3 lata	1011.1, Cytarabinum	41,77	43,86	43,86	C.14.	bezpłatny	0 zł
112	Dacarbazinum	Detimedac 100 mg, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 100 mg	10 fiol.po 100 mg	05909991029500	2018-07-01	3 lata	1012.0, Dacarbazinum	151,20	158,76	158,76	C.16.	bezpłatny	0 zł
113	Dacarbazinum	Detimedac 1000 mg, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 1000 mg	1 fiol.po 1000 mg	05909991029807	2018-07-01	3 lata	1012.0, Dacarbazinum	151,20	158,76	158,76	C.16.	bezpłatny	0 zł
114	Dacarbazinum	Detimedac 200 mg, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 200 mg	10 fiol.po 200 mg	05909991029609	2018-07-01	3 lata	1012.0, Dacarbazinum	302,40	317,52	317,52	C.16.	bezpłatny	0 zł
115	Dacarbazinum	Detimedac 500 mg, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.po 500 mg	05909991029708	2018-07-01	3 lata	1012.0, Dacarbazinum	75,60	79,38	79,38	C.16.	bezpłatny	0 zł
116	Darbepoetinum alfa	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 500 µg/ml	1 amp.-strz.po 1 ml	05909990739035	2018-07-01	3 lata	1043.1, czynniki stymulujące erytropoezę - darbepoetyna	3402,00	3572,10	3572,10	C.0.03.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
117	Darbepoetinum alfa	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 500 µg/ml	1 wstrz.po 1 ml	05909990340330	2018-07-01	3 lata	1043.1, czynniki stymulujące erytropoezę - darbepoetyna	3402,00	3572,10	3572,10	C.0.03.	bezpłatny	0 zł
118	Denosumabum	Xgeva, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	1 fiol.po 1,7 ml	05909990881789	2019-09-01	1 rok 10 miesięcy	1137.0, Denosumabum	1321,79	1387,88	1387,88	C.75.	bezpłatny	0 zł
119	Dexamethasoni phosphas	Demezon, roztwór do wstrzykiwań, 8 mg/ml	1 amp. 2,5 ml	05907464420755	2020-09-01	3 lata	1161.0, Deksametazon	14,58	15,31	15,31	C.0.17.	bezpłatny	0 zł
120	Dexamethasoni phosphas	Dexamethasone phosphate SF, roztwór do wstrzykiwań, 4 mg/ml	5 amp. 1 ml	05907464420700	2019-05-01	2 lata	1161.0, Deksametazon	19,44	20,41	15,31	C.0.17.	bezpłatny	0 zł
121	Docetaxelum	Docetaxel - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 16 ml	05909990850280	2019-07-01	3 lata	1013.0, Docetaxelum	432,00	453,60	453,60	C.19.	bezpłatny	0 zł
122	Docetaxelum	Docetaxel - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 2 ml	05909990777006	2019-07-01	3 lata	1013.0, Docetaxelum	54,00	56,70	56,70	C.19.	bezpłatny	0 zł
123	Docetaxelum	Docetaxel - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 8 ml	05909990777020	2019-07-01	3 lata	1013.0, Docetaxelum	216,00	226,80	226,80	C.19.	bezpłatny	0 zł
124	Docetaxelum	Docetaxel Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990994557	2020-03-01	3 lata	1013.0, Docetaxelum	32,40	34,02	34,02	C.19.	bezpłatny	0 zł
125	Docetaxelum	Docetaxel Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 4 ml	05909990994564	2020-03-01	3 lata	1013.0, Docetaxelum	129,60	136,08	136,08	C.19.	bezpłatny	0 zł
126	Docetaxelum	Docetaxel Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 8 ml	05909990994601	2020-03-01	3 lata	1013.0, Docetaxelum	259,20	272,16	272,16	C.19.	bezpłatny	0 zł
127	Doxorubicini hydrochloridum	Doxorubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg	1 fiol.po 5 ml	05909990429011	2019-07-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	8,64	9,07	9,07	C.20.	bezpłatny	0 zł
128	Doxorubicini hydrochloridum	Doxorubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.po 50 ml	05909990614837	2019-07-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	82,08	86,18	86,18	C.20.	bezpłatny	0 zł
129	Doxorubicini hydrochloridum	Doxorubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 200 mg	1 fiol.po 100 ml	05909990614844	2019-07-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	164,16	172,37	172,37	C.20.	bezpłatny	0 zł
130	Doxorubicini hydrochloridum	Doxorubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 50 mg	1 fiol.po 25 ml	05909990429028	2019-07-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	41,04	43,09	43,09	C.20.	bezpłatny	0 zł
131	Doxorubicinum	Adriblastina PFS, roztwór do wstrzykiwań, 2 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909990471027	2019-01-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	36,72	38,56	38,56	C.20.	bezpłatny	0 zł
132	Doxorubicinum	Adriblastina PFS, roztwór do wstrzykiwań, 2 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990471010	2019-07-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	10,93	11,48	11,48	C.20.	bezpłatny	0 zł
133	Doxorubicinum	Caelyx / Caelyx pegylated liposomal, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990983018	2019-05-01	3 lata	1014.3, Doxorubicinum liposomanum pegylatum	1462,86	1536,00	1536,00	C.22.	bezpłatny	0 zł
134	Doxorubicinum	Doxorubicinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol. a 25 ml	05909990851393	2021-03-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	30,24	31,75	31,75	C.20.	bezpłatny	0 zł
135	Doxorubicinum	Doxorubicinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	05909990851409	2019-07-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	120,96	127,01	127,01	C.20.	bezpłatny	0 zł
136	Doxorubicinum	Doxorubicinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990851386	2019-03-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	6,70	7,04	7,04	C.20.	bezpłatny	0 zł
137	Doxorubicinum	Doxorubicinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909991141882	2018-11-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	61,56	64,64	64,64	C.20.	bezpłatny	0 zł
138	Doxorubicinum	Myocet / Myocet liposomal, proszek, dyspersja i rozpuszczalnik do koncentratu do sporządzania dyspersji do infuzji, 50 mg	2 zest. po 3 fiol. (1 proszek + 1 liposomy + 1 bufor)	05909990213559	<1>2019-07-01/<2>2021-01-01	3 lata	1014.2, Doxorubicinum liposomanum nonpegylatum	3580,20	3759,21	3759,21	<1>C.21.a.; <2>C.21.b.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
139	Epirubicini hydrochloridum	Epirubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg	1 fiol.po 5 ml	05909991104313	2019-01-01	3 lata	1015.0, Epirubicinum	27,00	28,35	28,35	C.23.	bezpłatny	0 zł
140	Epirubicini hydrochloridum	Epirubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.po 50 ml	05909991104337	2019-01-01	3 lata	1015.0, Epirubicinum	270,00	283,50	283,50	C.23.	bezpłatny	0 zł
141	Epirubicini hydrochloridum	Epirubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 200 mg	1 fiol.po 100 ml	05909991104344	2019-01-01	3 lata	1015.0, Epirubicinum	540,00	567,00	567,00	C.23.	bezpłatny	0 zł
142	Epirubicini hydrochloridum	Epirubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 50 mg	1 fiol.po 25 ml	05909991104320	2019-01-01	3 lata	1015.0, Epirubicinum	135,00	141,75	141,75	C.23.	bezpłatny	0 zł
143	Epirubicini hydrochloridum	Epirubicin Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909991029869	2019-07-01	3 lata	1015.0, Epirubicinum	164,16	172,37	172,37	C.23.	bezpłatny	0 zł
144	Epirubicini hydrochloridum	Farmorubicin PFS, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909990752515	2019-01-01	3 lata	1015.0, Epirubicinum	128,50	134,93	134,93	C.23.	bezpłatny	0 zł
145	Epoetinum alfa	Binocrit, roztwór do wstrzykiwań, 5000 j.m./0,5 ml	6 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990072477	2020-01-01	3 lata	1043.0, czynniki stymulujące erytropoezę	648,00	680,40	680,40	C.0.04.	bezpłatny	0 zł
146	Epoetinum beta	NeoRecormon, roztwór do wstrzykiwań, 30000 j.m.	1 amp.-strz.	05909990007134	2019-07-01	3 lata	1043.0, czynniki stymulujące erytropoezę	846,18	888,49	888,49	C.0.05.	bezpłatny	0 zł
147	Erlotinibi hydrochloridum	Erlotinib Krka, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	03838989722128	2020-11-01	3 lata	1085.0, Erlotinib	720,00	756,00	756,00	C.81.	bezpłatny	0 zł
148	Erlotinibi hydrochloridum	Erlotinib Krka, tabl. powl., 150 mg	30 szt.	03838989722135	2020-11-01	3 lata	1085.0, Erlotinib	1080,00	1134,00	1134,00	C.81.	bezpłatny	0 zł
149	Erlotinibum	Erlotinib Zentiva, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909991417680	2020-09-01	3 lata	1085.0, Erlotinib	721,08	757,13	756,00	C.81.	bezpłatny	0 zł
150	Erlotinibum	Erlotinib Zentiva, tabl. powl., 150 mg	30 szt.	05909991417697	2020-09-01	3 lata	1085.0, Erlotinib	1080,00	1134,00	1134,00	C.81.	bezpłatny	0 zł
151	Erlotinibum	Erlotinib Zentiva, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909991417673	2020-09-01	3 lata	1085.0, Erlotinib	388,80	408,24	189,00	C.81.	bezpłatny	0 zł
152	Erlotinibum	Tarceva, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990334278	2020-09-01	3 lata	1085.0, Erlotinib	6588,00	6917,40	756,00	C.81.	bezpłatny	0 zł
153	Erlotinibum	Tarceva, tabl. powl., 150 mg	30 szt.	05909990334285	2020-09-01	3 lata	1085.0, Erlotinib	8208,00	8618,40	1134,00	C.81.	bezpłatny	0 zł
154	Erlotinibum	Tarceva, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990334261	2020-09-01	3 lata	1085.0, Erlotinib	1965,60	2063,88	189,00	C.81.	bezpłatny	0 zł
155	Etoposidum	Etoposid - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.po 5 ml	05909990776115	2019-07-01	3 lata	1016.0, Etoposidum	20,52	21,55	21,55	C.24.	bezpłatny	0 zł
156	Etoposidum	Etoposid - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 200 mg	1 fiol.po 10 ml	05909990776214	2019-07-01	3 lata	1016.0, Etoposidum	41,04	43,09	43,09	C.24.	bezpłatny	0 zł
157	Etoposidum	Etoposid - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 400 mg	1 fiol.po 20 ml	05909990776313	2019-07-01	3 lata	1016.0, Etoposidum	82,08	86,18	86,18	C.24.	bezpłatny	0 zł
158	Etoposidum	Etoposid - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 50 mg	1 fiol.po 2,5 ml	05909990776016	2019-07-01	3 lata	1016.0, Etoposidum	12,31	12,93	12,93	C.24.	bezpłatny	0 zł
159	Etoposidum	Etopozyd Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909991233297	2019-05-01	3 lata	1016.0, Etoposidum	30,13	31,64	31,64	C.24.	bezpłatny	0 zł
160	Etoposidum	Etopozyd Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909991233303	2019-05-01	3 lata	1016.0, Etoposidum	60,37	63,39	63,39	C.24.	bezpłatny	0 zł
161	Etoposidum	Etopozyd Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909991198121	2020-03-01	3 lata	1016.0, Etoposidum	11,88	12,47	12,47	C.24.	bezpłatny	0 zł
162	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	1 amp.-strz.	05055565713846	2018-01-01	5 lat	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	57,24	60,10	60,10	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
163	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.	05055565713860	2018-01-01	5 lat	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	286,20	300,51	300,51	C.0.06.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
164	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	7 amp.-strz.	05055565726068	2019-05-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	400,68	420,71	420,71	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
165	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	1 amp.-strz.	05055565713853	2018-01-01	5 lat	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	91,58	96,16	96,16	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
166	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.	05055565713877	2018-01-01	5 lat	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	457,92	480,82	480,82	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
167	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	7 amp.-strz.	05055565726075	2019-05-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	641,09	673,14	673,14	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
168	Filgrastimum	Grastofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	1 amp.-strz.	05909991102500	2018-07-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	51,84	54,43	54,43	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
169	Filgrastimum	Grastofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.	05909991102531	2018-07-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	245,16	257,42	257,42	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
170	Filgrastimum	Grastofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	1 amp.-strz.	05909991102548	2018-07-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	80,57	84,60	84,60	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
171	Filgrastimum	Grastofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.	05909991102555	2018-07-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	402,84	422,98	422,98	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
172	Filgrastimum	Neupogen, roztwór do wstrzykiwań, 300 µg/ml	5 fiol.po 1 ml	05909990312214	2019-01-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	607,50	637,88	470,21	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
173	Filgrastimum	Neupogen, roztwór do wstrzykiwań, 600 µg/ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990830510	2019-01-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	121,50	127,58	94,04	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
174	Filgrastimum	Neupogen, roztwór do wstrzykiwań, 960 µg/ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990830619	2019-01-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	181,44	190,51	150,47	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
175	Filgrastimum	Nivestim, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 12 mln j./0,2 ml	5 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990904747	2019-07-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	87,77	92,16	92,16	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
176	Filgrastimum	Nivestim, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j.m./0,5 ml	5 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990904778	2019-07-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	206,28	216,59	216,59	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
177	Filgrastimum	Nivestim, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j.m./0,5 ml	5 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990904808	2019-07-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	330,04	346,54	346,54	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
178	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990687763	2019-01-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	81,32	85,39	85,39	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
179	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.	05909990687787	2018-11-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	219,45	230,42	230,42	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
180	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990687800	2019-01-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	115,52	121,30	121,30	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
181	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.	05909990687848	2018-11-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	351,17	368,73	368,73	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
182	Fludarabini phosphas	Fludara Oral, tabl. powl., 10 mg	20 szt. (4 blist.po 5 szt.)	05909991183325	2019-07-01	3 lata	1017.2, Fludarabinum p.o.	1555,20	1632,96	1632,96	C.25.	bezpłatny	0 zł
183	Fluorouracilum	5 Fluorouracil - Ebewe, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 1000 mg	1 fiol.po 20 ml	05909990450633	2019-07-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	14,57	15,30	15,30	C.26.	bezpłatny	0 zł
184	Fluorouracilum	5 Fluorouracil - Ebewe, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	05909990336258	2019-01-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	72,36	75,98	75,98	C.26.	bezpłatny	0 zł
185	Fluorouracilum	Fluorouracil 1000 medac, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990477913	2019-01-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	14,47	15,19	15,19	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	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
186	Fluorouracilum	Fluorouracil 500 medac, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990477814	2019-01-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	7,56	7,94	7,94	C.26.	bezpłatny	0 zł
187	Fluorouracilum	Fluorouracil 5000 medac, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	05909990478019	2019-01-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	72,36	75,98	75,98	C.26.	bezpłatny	0 zł
188	Fluorouracilum	Fluorouracil Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 50 mg/ml	1 fiol. a 10 ml	05909990774784	2021-03-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	6,05	6,35	6,35	C.26.	bezpłatny	0 zł
189	Fluorouracilum	Fluorouracil Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 50 mg/ml	1 fiol. a 100 ml	05909990774807	2021-03-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	60,48	63,50	63,50	C.26.	bezpłatny	0 zł
190	Fluorouracilum	Fluorouracil Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 50 mg/ml	1 fiol. a 20 ml	05909990774791	2021-03-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	12,10	12,71	12,71	C.26.	bezpłatny	0 zł
191	Fulvestrantum	Faslodex, roztwór do wstrzykiwań, 250 mg/5 ml	2 amp.-strz.po 5 ml + 2 igły z syst.osł.	05909990768875	2019-07-01	3 lata	1019.0, Fulvestrant	2700,00	2835,00	816,48	C.27.	bezpłatny	0 zł
192	Fulvestrantum	Fulvestrant Teva, roztwór do wstrzykiwań, 250 mg/5 ml	2 amp.-strz.po 5 ml + 2 igły	05909991317331	2021-01-01	3 lata	1019.0, Fulvestrant	777,60	816,48	816,48	C.27.	bezpłatny	0 zł
193	Gefitynibum	Gefitinib Accord, tabl. powl., 250 mg	30 szt.	05909991400781	2019-09-01	3 lata	1087.0, Gefitynibum	1350,00	1417,50	1360,80	C.80.	bezpłatny	0 zł
194	Gefitynibum	Gefitinib Alvogen, tabl. powl., 250 mg	30 szt.	05350586001683	2019-09-01	3 lata	1087.0, Gefitynibum	1296,00	1360,80	1360,80	C.80.	bezpłatny	0 zł
195	Gefitynibum	Gefitinib Genoptim, tabl. powl., 250 mg	30 szt.	05909991385651	2019-09-01	3 lata	1087.0, Gefitynibum	1350,00	1417,50	1360,80	C.80.	bezpłatny	0 zł
196	Gefitynibum	Gefitinib Glenmark, tabl. powl., 250 mg	30 szt.	05902020241676	2019-09-01	3 lata	1087.0, Gefitynibum	1296,00	1360,80	1360,80	C.80.	bezpłatny	0 zł
197	Gefitynibum	Gefitinib Krka, tabl. powl., 250 mg	30 szt.	03837000183290	2019-09-01	3 lata	1087.0, Gefitynibum	1296,00	1360,80	1360,80	C.80.	bezpłatny	0 zł
198	Gefitynibum	Gefitinib Mylan, tabl. powl., 250 mg	30 szt.	05901797710439	2019-09-01	3 lata	1087.0, Gefitynibum	1350,00	1417,50	1360,80	C.80.	bezpłatny	0 zł
199	Gefitynibum	Gefitinib Sandoz, tabl. powl., 250 mg	30 szt.	07613421021696	2019-11-01	3 lata	1087.0, Gefitynibum	1080,00	1134,00	1134,00	C.80.	bezpłatny	0 zł
200	Gefitynibum	Iressa, tabl. powl., 250 mg	30 szt.	05909990717231	2019-05-01	3 lata	1087.0, Gefitynibum	6561,00	6889,05	1360,80	C.80.	bezpłatny	0 zł
201	Gemcitabinum	Gemcitabinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990976089	2019-01-01	3 lata	1020.0, Gemcitabinum	81,00	85,05	85,05	C.28.	bezpłatny	0 zł
202	Gemcitabinum	Gemcitabinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 15 ml	05909990976096	2019-07-01	3 lata	1020.0, Gemcitabinum	118,80	124,74	124,74	C.28.	bezpłatny	0 zł
203	Gemcitabinum	Gemcitabinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 2 ml	05909990976072	2019-01-01	3 lata	1020.0, Gemcitabinum	17,82	18,71	18,71	C.28.	bezpłatny	0 zł
204	Gemcitabinum	Gemcitabinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990976102	2019-01-01	3 lata	1020.0, Gemcitabinum	162,00	170,10	170,10	C.28.	bezpłatny	0 zł
205	Gemcitabinum	Gemsol, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1000 mg	1 fiol.po 25 ml	05909990871032	2019-01-01	3 lata	1020.0, Gemcitabinum	102,60	107,73	107,73	C.28.	bezpłatny	0 zł
206	Gemcitabinum	Gemsol, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 200 mg	1 fiol.po 5 ml	05909990870998	2019-01-01	3 lata	1020.0, Gemcitabinum	27,00	28,35	28,35	C.28.	bezpłatny	0 zł
207	Gemcitabinum	Gemsol, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2000 mg	1 fiol.po 50 ml	05909990871049	2019-01-01	3 lata	1020.0, Gemcitabinum	205,20	215,46	215,46	C.28.	bezpłatny	0 zł
208	Hydroxycarbamidum	Hydroxycarbamid Teva, kaps., 500 mg	100 szt. (1 but.po 250 ml)	05909990836758	2019-01-01	3 lata	1021.0, Hydroxycarbamidum	64,58	67,81	67,81	C.29.	bezpłatny	0 zł
209	Hydroxycarbamidum	Hydroxyurea medac, kaps. twarde, 500 mg	100 szt.	05909990944927	2019-01-01	3 lata	1021.0, Hydroxycarbamidum	86,12	90,43	90,43	C.29.	bezpłatny	0 zł
210	Idarubicini hydrochloridum	Zavedos, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 10 mg	1 fiol.po 10 ml	05909990236213	2019-01-01	3 lata	1022.0, Idarubicinum	739,47	776,44	776,44	C.30.	bezpłatny	0 zł
211	Idarubicini hydrochloridum	Zavedos, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 5 mg	1 fiol.po 5 ml	05909990236114	2019-01-01	3 lata	1022.0, Idarubicinum	396,28	416,09	416,09	C.30.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
212	Ifosfamidum	Holoxan, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 1 g	1 fiol.	05909990241118	2019-07-01	3 lata	1023.0, Ifosfamidum	120,42	126,44	126,44	C.31.	bezpłatny	0 zł
213	Ifosfamidum	Holoxan, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 2 g	1 fiol.	05909990241217	2019-07-01	3 lata	1023.0, Ifosfamidum	217,62	228,50	228,50	C.31.	bezpłatny	0 zł
214	Imatinibum	Imatinib Accord, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05055565726983	2020-09-01	3 lata	1064.1, Imatynib -2	216,00	226,80	226,80	C.70.a.; C.70.b.; C.70.c.	bezpłatny	0 zł
215	Imatinibum	Imatinib Accord, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05055565726990	2020-09-01	3 lata	1064.1, Imatynib -2	432,00	453,60	453,60	C.70.a.; C.70.b.; C.70.c.	bezpłatny	0 zł
216	Imatinibum	Imatinib Aurovitas, tabletki powlekane, 100 mg	60 szt.	05909991353261	2019-03-01	3 lata	1064.1, Imatynib -2	172,80	181,44	181,44	C.70.a.; C.70.b.; C.70.c.	bezpłatny	0 zł
217	Imatinibum	Imatinib Aurovitas, tabletki powlekane, 400 mg	30 szt.	05909991353353	2019-03-01	3 lata	1064.1, Imatynib -2	345,60	362,88	362,88	C.70.a.; C.70.b.; C.70.c.	bezpłatny	0 zł
218	Imatinibum	Imatinib Aurovitas, tabletki powlekane, 400 mg	90 szt.	05909991353384	2019-07-01	3 lata	1064.1, Imatynib -2	1034,64	1086,37	1086,37	C.70.a.; C.70.b.; C.70.c.	bezpłatny	0 zł
219	Imatinibum	Meaxin, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909991053895	<1><2>2021-01-01/<3>2018-07-01	3 lata	1064.1, Imatynib -2	302,40	317,52	317,52	<1>C.70.a.; <2>C.70.b.; <3>C.70.c.	bezpłatny	0 zł
220	Imatinibum	Meaxin, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909991053963	<1><2>2021-01-01/<3>2018-07-01	3 lata	1064.1, Imatynib -2	604,80	635,04	635,04	<1>C.70.a.; <2>C.70.b.; <3>C.70.c.	bezpłatny	0 zł
221	Imatinibum	Nibix, kaps. twarde, 100 mg	60 szt.	05909991051181	<1><2>2021-01-01/<3>2018-09-01	3 lata	1064.1, Imatynib -2	302,40	317,52	317,52	<1>C.70.a.; <2>C.70.b.; <3>C.70.c.	bezpłatny	0 zł
222	Imatinibum	Nibix, kaps. twarde, 400 mg	30 szt.	05909991051259	<1><2>2021-01-01/<3>2018-09-01	3 lata	1064.1, Imatynib -2	604,80	635,04	635,04	<1>C.70.a.; <2>C.70.b.; <3>C.70.c.	bezpłatny	0 zł
223	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Campto, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 15 ml	05909990645060	2019-07-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	1061,62	1114,70	1114,70	C.35.	bezpłatny	0 zł
224	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Campto, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 2 ml	05909990645176	2019-07-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	161,59	169,67	169,67	C.35.	bezpłatny	0 zł
225	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Campto, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990645183	2019-07-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	419,75	440,74	440,74	C.35.	bezpłatny	0 zł
226	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 15 ml	05055565731345	2017-03-01	5 lat	1025.0, Irinotecanum	162,00	170,10	170,10	C.35.	bezpłatny	0 zł
227	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 2 ml	05055565731321	2017-03-01	5 lat	1025.0, Irinotecanum	21,60	22,68	22,68	C.35.	bezpłatny	0 zł
228	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05055565731352	2017-03-01	5 lat	1025.0, Irinotecanum	270,00	283,50	283,50	C.35.	bezpłatny	0 zł
229	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05055565731338	2017-03-01	5 lat	1025.0, Irinotecanum	54,00	56,70	56,70	C.35.	bezpłatny	0 zł
230	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 15 ml	05909990796946	2019-05-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	138,24	145,15	145,15	C.35.	bezpłatny	0 zł
231	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 2 ml	05909990726943	2019-05-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	20,43	21,45	21,45	C.35.	bezpłatny	0 zł
232	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909990796953	2019-05-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	216,00	226,80	226,80	C.35.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
233	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990726950	2019-05-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	44,82	47,06	47,06	C.35.	bezpłatny	0 zł
234	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094614	<1>2019-01-01/<2>2020-09-01	3 lata	1026.1, analogi somatostatyny - lanreotyd	4447,02	4669,37	4669,37	<1>C.37.a.; <2>C.37.b.	bezpłatny	0 zł
235	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094416	<1>2019-01-01/<2>2020-09-01	3 lata	1026.1, analogi somatostatyny - lanreotyd	2676,67	2810,50	2810,50	<1>C.37.a.; <2>C.37.b.	bezpłatny	0 zł
236	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094515	<1>2019-01-01/<2>2020-09-01	3 lata	1026.1, analogi somatostatyny - lanreotyd	3557,83	3735,72	3735,72	<1>C.37.a.; <2>C.37.b.	bezpłatny	0 zł
237	Melphalanum	Alkeran, tabl. powl., 2 mg	25 szt.	05909990283514	2019-07-01	3 lata	1098.0, Melphalanum	233,64	245,32	245,32	C.39.	bezpłatny	0 zł
238	Mercaptopurinum	Mercaptopurinum VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990186112	2019-01-01	3 lata	1027.0, Mercaptopurinum	26,46	27,78	27,78	C.40.	bezpłatny	0 zł
239	Mesnum	Uromitexan, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	15 amp. po 4 ml	05909991392086	2019-07-01	3 lata	1046.0, Mesnum	150,12	157,63	157,63	C.0.08.	bezpłatny	0 zł
240	Mesnum	Uromitexan, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	15 amp.po 4 ml	05909990265831	2019-07-01	3 lata	1046.0, Mesnum	201,10	211,16	157,63	C.0.08.	bezpłatny	0 zł
241	Methotrexatum	Methotrexat - Ebewe, tabl., 10 mg	50 szt.	05909990453924	2019-07-01	3 lata	1028.3, Methotrexatum p.o	32,36	33,98	33,98	C.41.	bezpłatny	0 zł
242	Methotrexatum	Methotrexat - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909990333936	2019-01-01	3 lata	1028.2, Methotrexatum inj.	378,00	396,90	297,68	C.41.	bezpłatny	0 zł
243	Methotrexatum	Metotreksat Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909991333447	2019-09-01	3 lata	1028.2, Methotrexatum inj.	283,50	297,68	297,68	C.41.	bezpłatny	0 zł
244	Mitotanum	Lysodren, tabl., 500 mg	100 tabl.	05909990335237	2019-07-01	3 lata	1030.0, Mitotanum	2662,20	2795,31	2795,31	C.43.	bezpłatny	0 zł
245	Nelarabinum	Atriance, roztwór do infuzji, 5 mg/ml	6 fiol.a 50 ml	05909990056736	2019-07-01	3 lata	1128.0, Nelarabina	6480,00	6804,00	6804,00	C.73.	bezpłatny	0 zł
246	Netupitantum + Palonosetroni hydrochloridum	Akynzeo, kaps. twarde, 300+0,5 mg	1 szt.	05909991246563	<1>2021-01-01/<2>2019-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1154.0, Netupitant, palonosetron	276,48	290,30	290,30	<1>C.0.16.a.; <2>C.0.16.b.	bezpłatny	0 zł
247	Octreotidum	Okteva, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp.	05909991416461	2021-01-01	3 lata	1026.0, analogi somatostatyny	882,00	926,10	926,10	<1>C.45.a.; <2>C.45.b.	bezpłatny	0 zł
248	Octreotidum	Okteva, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp.	05909991416485	2021-01-01	3 lata	1026.0, analogi somatostatyny	1764,00	1852,20	1852,20	<1>C.45.a.; <2>C.45.b.	bezpłatny	0 zł
249	Octreotidum	Okteva, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp.	05909991416508	2021-01-01	3 lata	1026.0, analogi somatostatyny	2646,00	2778,30	2778,30	<1>C.45.a.; <2>C.45.b.	bezpłatny	0 zł
250	Octreotidum	Sandostatin, roztwór do wstrzykiwań, 100 µg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990042913	2019-01-01	3 lata	1026.0, analogi somatostatyny	43,20	45,36	45,36	C.45.a.	bezpłatny	0 zł
251	Octreotidum	Sandostatin, roztwór do wstrzykiwań, 50 µg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990042715	2019-01-01	3 lata	1026.0, analogi somatostatyny	32,40	34,02	23,15	C.45.a.	bezpłatny	0 zł
252	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 10 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459711	<1>2019-01-01/<2>2020-11-01	3 lata	1026.0, analogi somatostatyny	2160,00	2268,00	926,10	<1>C.45.a.; <2>C.45.b.	bezpłatny	0 zł
253	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 20 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459612	<1>2019-07-01/<2>2020-11-01	3 lata	1026.0, analogi somatostatyny	2678,40	2812,32	1852,20	<1>C.45.a.; <2>C.45.b.	bezpłatny	0 zł
254	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 30 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459513	<1>2019-07-01/<2>2020-11-01	3 lata	1026.0, analogi somatostatyny	4017,60	4218,48	2778,30	<1>C.45.a.; <2>C.45.b.	bezpłatny	0 zł
255	Ondansetronum	Atossa, tabl. powl., 8 mg	10 szt.	05909990744510	2019-07-01	3 lata	1047.2, ondansetronum p.o.	34,56	36,29	36,29	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
256	Ondansetronum	Ondansetron Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 2 mg/ml	5 amp. po 2 ml	05909990822225	2021-03-01	3 lata	1047.1, ondansetronum inj.	6,37	6,69	6,69	C.0.09.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
257	Ondansetronum	Ondansetron Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 2 mg/ml	5 amp. po 4 ml	05909990822249	2021-03-01	3 lata	1047.1, ondansetronum inj.	12,74	13,38	13,38	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
258	Ondansetronum	Ondansetron Kabi, roztwór do wstrzykiwań, 2 mg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990055197	2019-01-01	3 lata	1047.1, ondansetronum inj.	6,37	6,69	6,69	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
259	Ondansetronum	Ondansetron Kabi, roztwór do wstrzykiwań, 2 mg/ml	5 amp.po 4 ml	05909990055234	2019-01-01	3 lata	1047.1, ondansetronum inj.	12,74	13,38	13,38	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
260	Ondansetronum	Setronon, tabl. powl., 8 mg	10 szt. (1 blist.po 10 szt.)	05909990994717	2019-07-01	3 lata	1047.2, ondansetronum p.o.	34,45	36,17	36,17	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
261	Ondansetronum	Zofran, roztwór do wstrzykiwań, 2 mg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990002016	2019-01-01	3 lata	1047.1, ondansetronum inj.	6,71	7,05	6,69	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
262	Ondansetronum	Zofran, roztwór do wstrzykiwań, 2 mg/ml	5 amp.po 4 ml	05909990002023	2019-01-01	3 lata	1047.1, ondansetronum inj.	13,41	14,08	13,38	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
263	Ondansetronum	Zofran, tabl. powl., 4 mg	10 szt. (2 blist.po 5 szt.)	05909990001811	2019-01-01	3 lata	1047.2, ondansetronum p.o.	30,78	32,32	18,15	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
264	Ondansetronum	Zofran, syrop, 4 mg/5ml	50 ml	05909990810611	2019-01-01	3 lata	1047.2, ondansetronum p.o.	37,80	39,69	18,15	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
265	Ondansetronum	Zofran, tabl. powl., 8 mg	10 szt. (2 blist.po 5 szt.)	05909990001910	2019-01-01	3 lata	1047.2, ondansetronum p.o.	49,57	52,05	36,29	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
266	Oxaliplatinum	Oxaliplatin Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990798247	2019-01-01	3 lata	1031.0, Oxaliplatinum	32,40	34,02	34,02	C.46.	bezpłatny	0 zł
267	Oxaliplatinum	Oxaliplatin Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990798254	2019-01-01	3 lata	1031.0, Oxaliplatinum	64,80	68,04	68,04	C.46.	bezpłatny	0 zł
268	Oxaliplatinum	Oxaliplatin Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol.po 40 ml	05909990827381	2019-01-01	3 lata	1031.0, Oxaliplatinum	129,60	136,08	136,08	C.46.	bezpłatny	0 zł
269	Oxaliplatinum	Oxaliplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol. a 10 ml	05909990796151	2021-03-01	3 lata	1031.0, Oxaliplatinum	31,86	33,45	33,45	C.46.	bezpłatny	0 zł
270	Oxaliplatinum	Oxaliplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol. a 20 ml	05909990796168	2021-03-01	3 lata	1031.0, Oxaliplatinum	63,72	66,91	66,91	C.46.	bezpłatny	0 zł
271	Oxaliplatinum	Oxaliplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol. a 40 ml	05909990827206	2021-03-01	3 lata	1031.0, Oxaliplatinum	127,44	133,81	133,81	C.46.	bezpłatny	0 zł
272	Paclitaxelum	Paclitaxel Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	05909990874446	2019-01-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	259,20	272,16	272,16	C.47.	bezpłatny	0 zł
273	Paclitaxelum	Paclitaxel Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 16,7 ml	05909990874361	2019-07-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	51,30	53,87	53,87	C.47.	bezpłatny	0 zł
274	Paclitaxelum	Paclitaxel Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909990874385	2019-01-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	72,90	76,55	76,55	C.47.	bezpłatny	0 zł
275	Paclitaxelum	Paclitaxel Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990874347	2019-01-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	26,46	27,78	27,78	C.47.	bezpłatny	0 zł
276	Paclitaxelum	Paclitaxel Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909990874408	2019-01-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	145,80	153,09	153,09	C.47.	bezpłatny	0 zł
277	Paclitaxelum	Paclitaxel-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.po 16,7 ml	05909990018390	2019-01-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	108,00	113,40	113,40	C.47.	bezpłatny	0 zł
278	Paclitaxelum	Paclitaxel-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 150 mg	1 fiol.po 25 ml	05909990018406	2019-01-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	145,80	153,09	153,09	C.47.	bezpłatny	0 zł
279	Paclitaxelum	Paclitaxel-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 30 mg	1 fiol.po 5 ml	05909990018383	2019-01-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	32,40	34,02	34,02	C.47.	bezpłatny	0 zł
280	Paclitaxelum	Paclitaxel-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg	1 fiol.po 50 ml	05909990018420	2019-01-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	324,00	340,20	340,20	C.47.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
281	Paclitaxelum	Paclitaxelum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol. a 16,7 ml	05909990840274	2021-03-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	48,60	51,03	51,03	C.47.	bezpłatny	0 zł
282	Paclitaxelum	Paclitaxelum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol. a 5 ml	05909990840267	2021-03-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	14,58	15,31	15,31	C.47.	bezpłatny	0 zł
283	Paclitaxelum	Paclitaxelum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol. a 50 ml	05909990840281	2021-03-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	145,80	153,09	153,09	C.47.	bezpłatny	0 zł
284	Paclitaxelum	Paclitaxelum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	05909991037093	2019-07-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	259,20	272,16	272,16	C.47.	bezpłatny	0 zł
285	Paclitaxelum	Paclitaxelum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909991037086	2019-07-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	72,90	76,55	76,55	C.47.	bezpłatny	0 zł
286	Pegaspargasum	Oncaspar, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań/ do infuzji, 750 j.m./ml	1 fiol. proszku	00642621070989	2019-05-01	2 lata	1033.0, Pegaspargasum	7203,06	7563,21	7563,21	C.48.	bezpłatny	0 zł
287	Pegfilgrastimum	Grasustek, roztwór do wstrzykiwań, 6 mg/0,6 ml	1 amp.-strzyk.	04260582610011	2020-09-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	1620,00	1701,00	1701,00	C.0.10.	bezpłatny	0 zł
288	Pegfilgrastimum	Neulasta, roztwór do wstrzykiwań, 6 mg/0,6 ml	1 amp.-strz.po 0,6 ml (z zab.igły)	05909990007523	2019-01-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	2940,84	3087,88	2194,29	C.0.10.	bezpłatny	0 zł
289	Pegfilgrastimum	Pelgraz, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 6 mg/0,6 ml	1 amp.-strzyk.	05055565748640	2018-11-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	2089,80	2194,29	2194,29	C.0.10.	bezpłatny	0 zł
290	Pegfilgrastimum	Pelmeg, roztwór do wstrzykiwań, 6 mg/0,6 ml	1 amp.-strzyk.	05909991390471	2019-05-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	1771,20	1859,76	1859,76	C.0.10.	bezpłatny	0 zł
291	Pegfilgrastimum	Ziextenzo, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 6 mg/0,6 ml	1 amp.-strzyk.	05907626708905	2019-03-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	1836,00	1927,80	1927,80	C.0.10.	bezpłatny	0 zł
292	Peginterferonum alfa-2a	Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 270 µg/ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990984718	<1><2>2019-07-01/<3>2020-09-01	<1>3 lata/<2><3>2 lata	1074.1, Peginterferonum alfa 2a	534,79	561,53	561,53	<2>C.79.a.; <3>C.79.b.	bezpłatny	0 zł
293	Peginterferonum alfa-2a	Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 360 µg/ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990984817	<1><2>2019-07-01/<3>2020-09-01	<1>3 lata/<2><3>2 lata	1074.1, Peginterferonum alfa 2a	707,99	743,39	743,39	<2>C.79.a.; <3>C.79.b.	bezpłatny	0 zł
294	Peginterferonum alfa-2a	Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 90 µg/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml (+igła)	05902768001013	<1>2021-03-01/<2>2019-07-01/<3>2020-09-01	<1>3 lata/<2><3>2 lata	1074.1, Peginterferonum alfa 2a	348,32	365,74	365,74	<2>C.79.a.; <3>C.79.b.	bezpłatny	0 zł
295	Pemetreksedum	Pemetreksed SUN, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol. proszku	05909991289362	2020-03-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	129,60	136,08	136,08	C.49.	bezpłatny	0 zł
296	Pemetreksedum	Pemetreksed SUN, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol. proszku	05909991289379	2020-03-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	648,00	680,40	680,40	C.49.	bezpłatny	0 zł
297	Pemetreksedum	Pemetrexed Accord, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.	05055565724613	2019-05-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	302,40	317,52	136,08	C.49.	bezpłatny	0 zł
298	Pemetreksedum	Pemetrexed Accord, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 1000 mg	1 fiol.	05055565724736	2019-05-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	2376,00	2494,80	1360,80	C.49.	bezpłatny	0 zł
299	Pemetreksedum	Pemetrexed Accord, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.	05055565724620	2019-05-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	1512,00	1587,60	680,40	C.49.	bezpłatny	0 zł
300	Pemetreksedum	Pemetrexed Fresenius Kabi, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.	05909991289393	2020-09-01	2 lata	1034.0, Pemetreksed	286,20	300,51	136,08	C.49.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
301	Pemetreksedum	Pemetrexed Fresenius Kabi, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.	05909991289409	2020-09-01	2 lata	1034.0, Pemetreksed	1501,20	1576,26	680,40	C.49.	bezpłatny	0 zł
302	Pemetreksedum	Pemetrexed Sandoz, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.po 10 ml	05907626706079	2019-05-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	280,80	294,84	136,08	C.49.	bezpłatny	0 zł
303	Pemetreksedum	Pemetrexed Sandoz, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.po 50 ml	05907626706086	2019-03-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	1890,00	1984,50	680,40	C.49.	bezpłatny	0 zł
304	Plerixaforum	Mozobil, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	1 fiol.po 1,2 ml	05909990728473	2019-07-01	2 lata	1126.0, Pleryksafor	25142,40	26399,52	26399,52	C.71.	bezpłatny	0 zł
305	Posaconazolum	Noxafil, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05909990335244	<1>2018-05-01/<2>2018-09-01/<3>2020-09-01	3 lata	1125.0, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - posaconazol	2538,39	2665,31	714,42	<1>C.0.14.a.; <2>C.0.14.b.; <3>C.0.14.c.	bezpłatny	0 zł
306	Posaconazolum	Posaconazole AHCL, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05055565754351	2021-01-01	3 lata	1125.0, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - posaconazol	648,00	680,40	680,40	<1>C.0.14.a.; <2>C.0.14.b.; <3>C.0.14.c.	bezpłatny	0 zł
307	Posaconazolum	Posaconazole Glenmark, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	08595112678152	2020-11-01	3 lata	1125.0, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - posaconazol	734,40	771,12	714,42	<1>C.0.14.a.; <2>C.0.14.b.; <3>C.0.14.c.	bezpłatny	0 zł
308	Posaconazolum	Posaconazole Mylan, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05901797710743	2020-03-01	3 lata	1125.0, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - posaconazol	909,36	954,83	714,42	<1>C.0.14.a.; <2>C.0.14.b.; <3>C.0.14.c.	bezpłatny	0 zł
309	Posaconazolum	Posaconazole Sandoz, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	07613421033408	2020-03-01	3 lata	1125.0, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - posaconazol	907,20	952,56	714,42	<1>C.0.14.a.; <2>C.0.14.b.; <3>C.0.14.c.	bezpłatny	0 zł
310	Posaconazolum	Posaconazole Stada, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05909991368562	2020-09-01	3 lata	1125.0, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - posaconazol	680,40	714,42	714,42	<1>C.0.14.a.; <2>C.0.14.b.; <3>C.0.14.c.	bezpłatny	0 zł
311	Posaconazolum	Posaconazole Teva, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05909991422059	2021-01-01	3 lata	1125.0, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - posaconazol	680,40	714,42	714,42	<1>C.0.14.a.; <2>C.0.14.b.; <3>C.0.14.c.	bezpłatny	0 zł
312	Rasburicasum	Fasturtec, proszek i rozpuszczalnik do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji , 1,5 mg/ml	3 fiol.po 1,5 mg (+ 3 amp. rozp.)	05909990943111	2019-01-01	3 lata	1048.0, Rasburicasum	691,20	725,76	725,76	C.0.11.	bezpłatny	0 zł
313	Rituximabum	Blitzima, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	2 fiol.po 10 ml	05996537003155	2019-09-01	3 lata	1035.0, Rituximabum	1151,41	1208,98	1208,98	<2>C.51.	bezpłatny	0 zł
314	Rituximabum	Blitzima, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.po 50 ml	05996537002158	2019-09-01	3 lata	1035.0, Rituximabum	2878,52	3022,45	3022,45	<2>C.51.	bezpłatny	0 zł
315	Rituximabum	MabThera, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	2 fiol.po 10 ml	05909990418817	<1><3>2019-07-01/<2>2019-09-01	3 lata	1035.0, Rituximabum	2444,04	2566,24	1208,98	<3>C.51.	bezpłatny	0 zł
316	Rituximabum	MabThera, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.po 50 ml	05909990418824	<1><3>2019-07-01/<2>2019-09-01	3 lata	1035.0, Rituximabum	6111,72	6417,31	3022,45	<3>C.51.	bezpłatny	0 zł
317	Rituximabum	Riximyo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	2 fiol.po 10 ml	07613421032975	2019-11-01	3 lata	1035.0, Rituximabum	1035,72	1087,51	1087,51	<2>C.51.	bezpłatny	0 zł
318	Rituximabum	Riximyo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.po 50 ml	07613421032982	2019-11-01	3 lata	1035.0, Rituximabum	2589,30	2718,77	2718,77	<2>C.51.	bezpłatny	0 zł
319	Tamoxifenum	Nolvadex D, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990127412	2019-01-01	3 lata	1036.0, Tamoxifenum	14,58	15,31	15,31	C.52.	bezpłatny	0 zł
320	Tamoxifenum	Tamoxifen-EGIS, tabl., 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990775316	2019-01-01	3 lata	1036.0, Tamoxifenum	9,88	10,37	10,37	C.52.	bezpłatny	0 zł
321	Temozolomidum	Temodal, kaps. twarde, 100 mg	5 szt.	05909990672172	2019-07-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	453,60	476,28	476,28	C.64.	bezpłatny	0 zł
322	Temozolomidum	Temodal, kaps. twarde, 140 mg	5 szt.	05909990672219	2019-07-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	635,04	666,79	666,79	C.64.	bezpłatny	0 zł
323	Temozolomidum	Temodal, kaps. twarde, 180 mg	5 szt.	05909990672233	2019-07-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	816,48	857,30	857,30	C.64.	bezpłatny	0 zł
324	Temozolomidum	Temodal, kaps. twarde, 20 mg	5 szt.	05909990672158	2019-07-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	90,72	95,26	95,26	C.64.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
325	Temozolomidum	Temodal, kaps. twarde, 250 mg	5 szt.	05909990672196	2019-07-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	1134,00	1190,70	1190,70	C.64.	bezpłatny	0 zł
326	Temozolomidum	Temodal, kaps. twarde, 5 mg	5 szt.	05909990716999	2019-07-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	22,68	23,81	23,81	C.64.	bezpłatny	0 zł
327	Temozolomidum	Temozolomide Accord, kaps. twarde, 100 mg	5 szt. (saszetka)	05055565719350	2018-09-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	216,00	226,80	226,80	C.64.	bezpłatny	0 zł
328	Temozolomidum	Temozolomide Accord, kaps. twarde, 140 mg	5 szt. (saszetka)	05055565719367	2018-09-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	324,00	340,20	340,20	C.64.	bezpłatny	0 zł
329	Temozolomidum	Temozolomide Accord, kaps. twarde, 180 mg	5 szt. (saszetka)	05055565719374	2018-09-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	432,00	453,60	453,60	C.64.	bezpłatny	0 zł
330	Temozolomidum	Temozolomide Accord, kaps. twarde, 20 mg	5 szt. (saszetka)	05055565719343	2018-09-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	43,20	45,36	45,36	C.64.	bezpłatny	0 zł
331	Temozolomidum	Temozolomide Accord, kaps. twarde, 250 mg	5 szt. (saszetka)	05055565719381	2018-09-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	594,00	623,70	623,70	C.64.	bezpłatny	0 zł
332	Temozolomidum	Temozolomide Accord, kaps. twarde, 5 mg	5 szt. (saszetka)	05055565719336	2018-09-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	10,80	11,34	11,34	C.64.	bezpłatny	0 zł
333	Temozolomidum	Temozolomide Sun, kapsułki twarde, 100 mg	5 kaps.	05909991288006	2018-11-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	189,00	198,45	198,45	C.64.	bezpłatny	0 zł
334	Temozolomidum	Temozolomide Sun, kapsułki twarde, 140 mg	5 kaps.	05909991288037	2018-11-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	264,60	277,83	277,83	C.64.	bezpłatny	0 zł
335	Temozolomidum	Temozolomide Sun, kapsułki twarde, 180 mg	5 kaps.	05909991288068	2018-11-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	340,20	357,21	357,21	C.64.	bezpłatny	0 zł
336	Temozolomidum	Temozolomide Sun, kapsułki twarde, 20 mg	5 kaps.	05909991287979	2018-11-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	37,80	39,69	39,69	C.64.	bezpłatny	0 zł
337	Temozolomidum	Temozolomide Sun, kapsułki twarde, 250 mg	5 kaps.	05909991288099	2018-11-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	472,50	496,13	496,13	C.64.	bezpłatny	0 zł
338	Temozolomidum	Temozolomide Sun, kapsułki twarde, 5 mg	5 kaps.	05909991287948	2018-11-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	9,45	9,92	9,92	C.64.	bezpłatny	0 zł
339	Tioguaninum	Lanvis, tabl., 40 mg	25 szt.	05909990185214	2019-07-01	3 lata	1100.0, Tioguaninum	596,38	626,20	626,20	C.56.	bezpłatny	0 zł
340	Topotecanum	Hycamtin, kaps. twarde, 0,25 mg	10 kaps.	05909990643134	2018-09-01	3 lata	1038.2, Topotecanum p.o.	386,10	405,41	405,41	C.57.1.	bezpłatny	0 zł
341	Topotecanum	Hycamtin, kaps. twarde, 1 mg	10 kaps.	05909990643141	2018-09-01	3 lata	1038.2, Topotecanum p.o.	1458,00	1530,90	1530,90	C.57.1.	bezpłatny	0 zł
342	Topotecanum	Topotecan medac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990924660	2019-07-01	3 lata	1038.1, Topotecanum inj.	70,20	73,71	73,71	C.57.2.	bezpłatny	0 zł
343	Topotecanum	Topotecan medac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol.po 2 ml	05909990924677	2019-07-01	3 lata	1038.1, Topotecanum inj.	140,40	147,42	147,42	C.57.2.	bezpłatny	0 zł
344	Topotecanum	Topotecan medac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol.po 4 ml	05909990924684	2019-07-01	3 lata	1038.1, Topotecanum inj.	280,80	294,84	294,84	C.57.2.	bezpłatny	0 zł
345	Topotecanum	Topotecanum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol. a 1 ml	05909990984756	2021-03-01	3 lata	1038.1, Topotecanum inj.	70,20	73,71	73,71	C.57.2.	bezpłatny	0 zł
346	Topotecanum	Topotecanum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol. a 4 ml	05909990984770	2021-03-01	3 lata	1038.1, Topotecanum inj.	280,80	294,84	294,84	C.57.2.	bezpłatny	0 zł
347	Tretinoinum	Vesanoid, kaps. miękkie, 10 mg	100 szt.	05909990668311	2019-03-01	3 lata	1039.0, Tretinoinum	1028,16	1079,57	1079,57	C.58.	bezpłatny	0 zł
348	Vincristini sulfas	Vincristine Teva, roztwór do wstrzykiwań, 1 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990669493	2019-07-01	3 lata	1041.0, Vincristinum	24,84	26,08	26,08	C.61.	bezpłatny	0 zł
349	Vincristini sulfas	Vincristine Teva, roztwór do wstrzykiwań, 1 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990669523	2019-07-01	3 lata	1041.0, Vincristinum	124,20	130,41	130,41	C.61.	bezpłatny	0 zł
350	Vinorelbinum	Navelbine, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	10 fiol.po 1 ml	05909990173617	2019-01-01	3 lata	1042.1, Vinorelbinum inj	529,20	555,66	226,80	C.63.	bezpłatny	0 zł
351	Vinorelbinum	Navelbine, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	10 fiol.po 5 ml	05909990173624	2019-01-01	3 lata	1042.1, Vinorelbinum inj	2646,00	2778,30	1134,00	C.63.	bezpłatny	0 zł
352	Vinorelbinum	Navelbine, kaps. miękkie, 20 mg	1 kaps.	05909990945016	2019-07-01	3 lata	1042.2, Vinorelbinum p.o.	174,59	183,32	136,08	C.63.	bezpłatny	0 zł
353	Vinorelbinum	Navelbine, kaps. miękkie, 30 mg	1 kaps.	05909990945115	2019-07-01	3 lata	1042.2, Vinorelbinum p.o.	261,88	274,97	204,12	C.63.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
354	Vinorelbinum	Navirel, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	10 fiol.po 1 ml	05909990573325	2019-01-01	3 lata	1042.1, Vinorelbinum inj	540,00	567,00	226,80	C.63.	bezpłatny	0 zł
355	Vinorelbinum	Navirel, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	10 fiol.po 5 ml	05909990573349	2019-01-01	3 lata	1042.1, Vinorelbinum inj	1285,20	1349,46	1134,00	C.63.	bezpłatny	0 zł
356	Vinorelbinum	Neocitec, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.a 1 ml	05909990668045	2018-07-01	3 lata	1042.1, Vinorelbinum inj	32,40	34,02	22,68	C.63.	bezpłatny	0 zł
357	Vinorelbinum	Neocitec, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.a 5 ml	05909990668052	2018-07-01	3 lata	1042.1, Vinorelbinum inj	162,00	170,10	113,40	C.63.	bezpłatny	0 zł
358	Vinorelbinum	Vinorelbine Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 1 ml	05909991314439	2017-09-01	5 lat	1042.1, Vinorelbinum inj	21,60	22,68	22,68	C.63.	bezpłatny	0 zł
359	Vinorelbinum	Vinorelbine Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 5 ml	05909991314446	2017-09-01	5 lat	1042.1, Vinorelbinum inj	108,00	113,40	113,40	C.63.	bezpłatny	0 zł
360	Vinorelbinum	Vinorelbine Alvogen, kaps. miękkie, 20 mg	1 kaps.	05909991402365	2019-09-01	3 lata	1042.2, Vinorelbinum p.o.	129,60	136,08	136,08	C.63.	bezpłatny	0 zł
361	Vinorelbinum	Vinorelbine Alvogen, kaps. miękkie, 30 mg	1 kaps.	05909991402389	2019-09-01	3 lata	1042.2, Vinorelbinum p.o.	194,40	204,12	204,12	C.63.	bezpłatny	0 zł
362	Vinorelbinum	Vinorelbine Alvogen, kaps. miękkie, 80 mg	1 kaps.	05909991402402	2019-09-01	3 lata	1042.2, Vinorelbinum p.o.	518,40	544,32	544,32	C.63.	bezpłatny	0 zł
363	Voriconazolum	Voriconazol Polpharma, tabl. powl., 200 mg	20 szt.	05909991063177	2019-09-01	3 lata	1125.1 , Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - worykonazol	135,79	142,58	124,74	C.0.15.	bezpłatny	0 zł
364	Voriconazolum	Voriconazole Accord, tabl. powl., 200 mg	20 szt.	05909991095840	2019-11-01	3 lata	1125.1 , Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - worykonazol	130,90	137,45	124,74	C.0.15.	bezpłatny	0 zł
365	Voriconazolum	Voriconazole Accord, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05055565731536	2021-01-01	3 lata	1125.1 , Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - worykonazol	178,20	187,11	187,11	C.0.15.	bezpłatny	0 zł
366	Voriconazolum	Voriconazole Accord, tabl. powl., 50 mg	20 szt.	05909991095741	2019-11-01	3 lata	1125.1 , Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - worykonazol	32,72	34,36	31,19	C.0.15.	bezpłatny	0 zł
367	Voriconazolum	Voriconazole Mylan, tabl. powl., 200 mg	20 szt.	05909991191917	2018-11-01	3 lata	1125.1 , Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - worykonazol	130,90	137,45	124,74	C.0.15.	bezpłatny	0 zł

Załącznik C.0.01.

ACIDUM LEVOFOLINICUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	**ACIDUM LEVOFOLINICUM**	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.0.02.

CALCII FOLINAS

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	**CALCII FOLINAS**	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.0.03.

DARBEPOETIN ALFA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	**DARBEPOETIN ALFA**	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**DARBEPOETIN ALFA**	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*
2	**DARBEPOETIN ALFA**	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*
3	**DARBEPOETIN ALFA**	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*
4	**DARBEPOETIN ALFA**	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*
5	**DARBEPOETIN ALFA**	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*
6	**DARBEPOETIN ALFA**	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*
7	**DARBEPOETIN ALFA**	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
8	**DARBEPOETIN ALFA**	D46.9	ZESPOŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*

Załącznik C.0.04.

EPOETINUM ALPHA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	**EPOETINUM ALPHA**	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**EPOETINUM ALPHA**	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*
2	**EPOETINUM ALPHA**	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*
3	**EPOETINUM ALPHA**	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*
4	**EPOETINUM ALPHA**	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*
5	**EPOETINUM ALPHA**	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*
6	**EPOETINUM ALPHA**	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*
7	**EPOETINUM ALPHA**	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
8	**EPOETINUM ALPHA**	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*

Załącznik C.0.05.

EPOETINUM BETA

Lp	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	**EPOETINUM BETA**	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.0.06.

FILGRASTIMUM

Lp	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	**FILGRASTIMUM**	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.0.08.

MESNUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	**MESNUM**	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.0.09.

ONDANSETRONUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	**ONDANSETRONUM**	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.0.10.

PEGFILGRASTIMUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY - DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1.	**PEGFILGRASTIMUM**	SKRÓCENIE CZASU TRWANIA NEUTROPENII LUB 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.0.13.

LIPEGFILGRASTIMUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY - DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1.	**LIPEGFILGRASTIMUM**	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.0.14.a.

POSACONAZOLUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	**POSACONAZOLUM**	ZAPOBIEGANIE INWAZYJNYM ZAKAŻENIOM GRZYBICZYM U PACJENTÓW Z OSTRĄ BIAŁACZKĄ SZPIKOWĄ LUB ZESPOŁEM MIELODYSPLASTYCZNYM OTRZYMUJĄCYCH CHEMIOTERAPIĘ MOGĄCĄ POWODOWAĆ DŁUGOTRWAŁĄ NEUTROPENIĘ I U KTÓRYCH JEST DUŻE RYZYKO ROZWOJU INWAZYJNYCH ZAKAŻEŃ GRZYBICZYCH

Załącznik C.0.14.b.

POSACONAZOLUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	**POSACONAZOLUM**	– OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA WYSOKIEGO RYZYKA U DZIECI PONIŻEJ 18 ROKU ŻYCIA; – NAWRÓT OSTREJ BIAŁACZKI LIMFOBLASTYCZNEJ U DZIECI PONIŻEJ 18 ROKU ŻYCIA; – NAWRÓT OSTREJ BIAŁACZKI SZPIKOWEJ U DZIECI PONIŻEJ 18 ROKU ŻYCIA;

Załącznik C.0.14.c.

POSACONAZOLUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	**POSACONAZOLUM**	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA STANDARDOWEGO LUB POŚREDNIEGO RYZYKA - U DZIECI DO 18 ROKU ŻYCIA: — OTRZYMUJĄCYCH CHEMIOTERAPIĘ MOGĄCĄ POWODOWAĆ DŁUGOTRWAŁĄ NEUTROPENIĘ I U KTÓRYCH JEST DUŻE RYZYKO ROZWOJU INWAZYJNYCH ZAKAŻEŃ GRZYBICZYCH LUB — WTÓRNA PROFILAKTYKA PRZECIWGRZYBICZA, UKIERUNKOWANA NA WCZEŚNIEJ WYSTĘPUJĄCE ZAKAŻENIA GRZYBICZE - DO CZASU ZAKOŃCZENIA CHEMIOTERAPII
		CHŁONIAKI ZŁOŚLIWE - U DZIECI DO 18 ROKU ŻYCIA: — OTRZYMUJĄCYCH CHEMIOTERAPIĘ MOGĄCĄ POWODOWAĆ DŁUGOTRWAŁĄ NEUTROPENIĘ I U KTÓRYCH JEST DUŻE RYZYKO ROZWOJU INWAZYJNYCH ZAKAŻEŃ GRZYBICZYCH LUB — WTÓRNA PROFILAKTYKA PRZECIWGRZYBICZA, UKIERUNKOWANA NA WCZEŚNIEJ WYSTĘPUJĄCE ZAKAŻENIA GRZYBICZE - DO CZASU ZAKOŃCZENIA CHEMIOTERAPII
		NOWOTWORY LITE - U DZIECI DO 18 ROKU ŻYCIA: — OTRZYMUJĄCYCH CHEMIOTERAPIĘ MOGĄCĄ POWODOWAĆ DŁUGOTRWAŁĄ NEUTROPENIĘ I U KTÓRYCH JEST DUŻE RYZYKO ROZWOJU INWAZYJNYCH ZAKAŻEŃ GRZYBICZYCH LUB — WTÓRNA PROFILAKTYKA PRZECIWGRZYBICZA, UKIERUNKOWANA NA WCZEŚNIEJ WYSTĘPUJĄCE ZAKAŻENIA GRZYBICZE - DO CZASU ZAKOŃCZENIA CHEMIOTERAPII

Załącznik C.0.15.

VORICONAZOLUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	**VORICONAZOLUM**	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.0.16.

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	ŚRÓDPIERSIE 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.

CAPECITABINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**CAPECITABINUM**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
2	**CAPECITABINUM**	C16.0	WPUST
3	**CAPECITABINUM**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
4	**CAPECITABINUM**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
5	**CAPECITABINUM**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
6	**CAPECITABINUM**	C16.4	ODŹWIERNIK
7	**CAPECITABINUM**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
8	**CAPECITABINUM**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
9	**CAPECITABINUM**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
10	**CAPECITABINUM**	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
11	**CAPECITABINUM**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
12	**CAPECITABINUM**	C18.0	JELITO ŚLEPE
13	**CAPECITABINUM**	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
14	**CAPECITABINUM**	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
15	**CAPECITABINUM**	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
16	**CAPECITABINUM**	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
17	**CAPECITABINUM**	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
18	**CAPECITABINUM**	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
19	**CAPECITABINUM**	C18.7	ESICA
20	**CAPECITABINUM**	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21	**CAPECITABINUM**	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
22	**CAPECITABINUM**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
23	**CAPECITABINUM**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
24	**CAPECITABINUM**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
25	**CAPECITABINUM**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
26	**CAPECITABINUM**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
27	**CAPECITABINUM**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
28	**CAPECITABINUM**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
29	**CAPECITABINUM**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
30	**CAPECITABINUM**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
31	**CAPECITABINUM**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
32	**CAPECITABINUM**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
33	**CAPECITABINUM**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
34	**CAPECITABINUM**	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY

Załącznik C.5.b.

CAPECITABINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**CAPECITABINUM**	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI *w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka trzustki w skojarzeniu z gemcytabiną*
2	**CAPECITABINUM**	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI *w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka trzustki w skojarzeniu z gemcytabiną*
3	**CAPECITABINUM**	C25.1	TRZON TRZUSTKI *w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka trzustki w skojarzeniu z gemcytabiną*
4	**CAPECITABINUM**	C25.2	OGON TRZUSTKI *w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka trzustki w skojarzeniu z gemcytabiną*
5	**CAPECITABINUM**	C25.3	PRZEWOD TRZUSTKOWY *w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka trzustki w skojarzeniu z gemcytabiną*
6	**CAPECITABINUM**	C25.4	CZĘSC WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI *w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka trzustki w skojarzeniu z gemcytabiną*
7	**CAPECITABINUM**	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI *w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka trzustki w skojarzeniu z gemcytabiną*
8	**CAPECITABINUM**	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI *w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka trzustki w skojarzeniu z gemcytabiną*
9	**CAPECITABINUM**	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA *w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka trzustki w skojarzeniu z gemcytabiną*

Załącznik C.5.c.

CAPECITABINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**CAPECITABINUM**	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH *w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka dróg żółciowych*
2	**CAPECITABINUM**	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO *w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka dróg żółciowych*
3	**CAPECITABINUM**	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE *w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka dróg żółciowych*
4	**CAPECITABINUM**	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA *w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka dróg żółciowych*
5	**CAPECITABINUM**	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH *w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka dróg żółciowych*
6	**CAPECITABINUM**	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, NIE OKREŚLONE *w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka dróg żółciowych*

Załącznik C.6.

CARBOPLATINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**CARBOPLATINUM**	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2.	**CARBOPLATINUM**	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3.	**CARBOPLATINUM**	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4.	**CARBOPLATINUM**	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5.	**CARBOPLATINUM**	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6.	**CARBOPLATINUM**	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7.	**CARBOPLATINUM**	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8.	**CARBOPLATINUM**	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9.	**CARBOPLATINUM**	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10.	**CARBOPLATINUM**	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11.	**CARBOPLATINUM**	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12.	**CARBOPLATINUM**	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13.	**CARBOPLATINUM**	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14.	**CARBOPLATINUM**	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15.	**CARBOPLATINUM**	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16.	**CARBOPLATINUM**	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17.	**CARBOPLATINUM**	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18.	**CARBOPLATINUM**	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19.	**CARBOPLATINUM**	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20.	**CARBOPLATINUM**	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA
21.	**CARBOPLATINUM**	C03.0	DZIĄSŁO GÓRNE
22.	**CARBOPLATINUM**	C03.1	DZIĄSŁO DOLNE
23.	**CARBOPLATINUM**	C03.9	DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE
24.	**CARBOPLATINUM**	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25.	**CARBOPLATINUM**	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26.	**CARBOPLATINUM**	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27.	**CARBOPLATINUM**	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28.	**CARBOPLATINUM**	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29.	**CARBOPLATINUM**	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30.	**CARBOPLATINUM**	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31.	**CARBOPLATINUM**	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32.	**CARBOPLATINUM**	C05.2	JĘZYCZEK
33.	**CARBOPLATINUM**	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34.	**CARBOPLATINUM**	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35.	**CARBOPLATINUM**	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36.	**CARBOPLATINUM**	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37.	**CARBOPLATINUM**	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38.	**CARBOPLATINUM**	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39.	**CARBOPLATINUM**	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40.	**CARBOPLATINUM**	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41.	**CARBOPLATINUM**	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42.	**CARBOPLATINUM**	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43.	**CARBOPLATINUM**	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44.	**CARBOPLATINUM**	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45.	**CARBOPLATINUM**	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46.	**CARBOPLATINUM**	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47.	**CARBOPLATINUM**	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48.	**CARBOPLATINUM**	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49.	**CARBOPLATINUM**	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50.	**CARBOPLATINUM**	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51.	**CARBOPLATINUM**	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52.	**CARBOPLATINUM**	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53.	**CARBOPLATINUM**	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54.	**CARBOPLATINUM**	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55.	**CARBOPLATINUM**	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56.	**CARBOPLATINUM**	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57.	**CARBOPLATINUM**	C10.4	SZCZELINA SKRZELOWA
58.	**CARBOPLATINUM**	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59.	**CARBOPLATINUM**	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60.	**CARBOPLATINUM**	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61.	**CARBOPLATINUM**	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62.	**CARBOPLATINUM**	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63.	**CARBOPLATINUM**	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64.	**CARBOPLATINUM**	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65.	**CARBOPLATINUM**	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66.	**CARBOPLATINUM**	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67.	**CARBOPLATINUM**	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU GRUSZKOWATEGO
68.	**CARBOPLATINUM**	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69.	**CARBOPLATINUM**	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70.	**CARBOPLATINUM**	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71.	**CARBOPLATINUM**	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72.	**CARBOPLATINUM**	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73.	**CARBOPLATINUM**	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74.	**CARBOPLATINUM**	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75.	**CARBOPLATINUM**	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76.	**CARBOPLATINUM**	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77.	**CARBOPLATINUM**	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78.	**CARBOPLATINUM**	C15.1	PIERSIOWA CZĘSC PRZEŁYKU w ramach wstępnej chemioterapii przed planowaną ezofagektomią z powodu raka przełyku lub w leczeniu pacjentów z ograniczonym nieresekcyjnym płaskonabłonkowym rakiem przełyku w skojarzeniu z paklitakselem oraz radioterapią
79.	**CARBOPLATINUM**	C15.2	BRZUSZNA CZĘSC PRZEŁYKU w ramach wstępnej chemioterapii przed planowaną ezofagektomią z powodu raka przełyku lub w leczeniu pacjentów z ograniczonym nieresekcyjnym płaskonabłonkowym rakiem przełyku w skojarzeniu z paklitakselem oraz radioterapią
80.	**CARBOPLATINUM**	C15.4	SRODKOWA TRZECIA CZĘSC PRZEŁYKU w ramach wstępnej chemioterapii przed planowaną ezofagektomią z powodu raka przełyku lub w leczeniu pacjentów z ograniczonym nieresekcyjnym płaskonabłonkowym rakiem przełyku w skojarzeniu z paklitakselem oraz radioterapią.
81.	**CARBOPLATINUM**	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘSC PRZEŁYKU w ramach wstępnej chemioterapii przed planowaną ezofagektomią z powodu raka przełyku lub w leczeniu pacjentów z ograniczonym nieresekcyjnym płaskonabłonkowym rakiem przełyku w skojarzeniu z paklitakselem oraz radioterapią
82.	**CARBOPLATINUM**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
83.	**CARBOPLATINUM**	C16.0	WPUST
84.	**CARBOPLATINUM**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
85.	**CARBOPLATINUM**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
86.	**CARBOPLATINUM**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
87.	**CARBOPLATINUM**	C16.4	ODŹWIERNIK
88.	**CARBOPLATINUM**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
89.	**CARBOPLATINUM**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
90.	**CARBOPLATINUM**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
91.	**CARBOPLATINUM**	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
92.	**CARBOPLATINUM**	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
93.	**CARBOPLATINUM**	C17.0	DWUNASTNICA
94.	**CARBOPLATINUM**	C17.1	JELITO CZCZE
95.	**CARBOPLATINUM**	C17.2	JELITO KRĘTE
96.	**CARBOPLATINUM**	C17.3	UCHYŁEK MECKELA
97.	**CARBOPLATINUM**	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
98.	**CARBOPLATINUM**	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
99.	**CARBOPLATINUM**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
100.	**CARBOPLATINUM**	C18.0	JELITO ŚLEPE
101.	**CARBOPLATINUM**	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
102.	**CARBOPLATINUM**	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
103.	**CARBOPLATINUM**	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
104.	**CARBOPLATINUM**	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
105.	**CARBOPLATINUM**	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
106.	**CARBOPLATINUM**	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
107.	**CARBOPLATINUM**	C18.7	ESICA
108.	**CARBOPLATINUM**	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
109.	**CARBOPLATINUM**	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
110.	**CARBOPLATINUM**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
111.	**CARBOPLATINUM**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
112.	**CARBOPLATINUM**	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
113.	**CARBOPLATINUM**	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
114.	**CARBOPLATINUM**	C21.1	KANAŁ ODBYTU
115.	**CARBOPLATINUM**	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
116.	**CARBOPLATINUM**	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
117.	**CARBOPLATINUM**	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
118.	**CARBOPLATINUM**	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
119.	**CARBOPLATINUM**	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
120.	**CARBOPLATINUM**	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
121.	**CARBOPLATINUM**	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
122.	**CARBOPLATINUM**	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
123.	**CARBOPLATINUM**	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
124.	**CARBOPLATINUM**	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
125.	**CARBOPLATINUM**	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
126.	**CARBOPLATINUM**	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
127.	**CARBOPLATINUM**	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE
128.	**CARBOPLATINUM**	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
129.	**CARBOPLATINUM**	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
130.	**CARBOPLATINUM**	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
131.	**CARBOPLATINUM**	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
132.	**CARBOPLATINUM**	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
133.	**CARBOPLATINUM**	C25.1	TRZON TRZUSTKI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
134.	**CARBOPLATINUM**	C25.2	OGON TRZUSTKI
135.	**CARBOPLATINUM**	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
136.	**CARBOPLATINUM**	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
137.	**CARBOPLATINUM**	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
138.	**CARBOPLATINUM**	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
139.	**CARBOPLATINUM**	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
140.	**CARBOPLATINUM**	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
141.	**CARBOPLATINUM**	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
142.	**CARBOPLATINUM**	C26.1	ŚLEDZIONA
143.	**CARBOPLATINUM**	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
144.	**CARBOPLATINUM**	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
145.	**CARBOPLATINUM**	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
146.	**CARBOPLATINUM**	C30.0	JAMA NOSOWA
147.	**CARBOPLATINUM**	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
148.	**CARBOPLATINUM**	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
149.	**CARBOPLATINUM**	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
150.	**CARBOPLATINUM**	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
151.	**CARBOPLATINUM**	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
152.	**CARBOPLATINUM**	C31.3	ZATOKA KLINOWA
153.	**CARBOPLATINUM**	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
154.	**CARBOPLATINUM**	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
155.	**CARBOPLATINUM**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
156.	**CARBOPLATINUM**	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
157.	**CARBOPLATINUM**	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
158.	**CARBOPLATINUM**	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
159.	**CARBOPLATINUM**	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
160.	**CARBOPLATINUM**	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
161.	**CARBOPLATINUM**	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
162.	**CARBOPLATINUM**	C37	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
163.	**CARBOPLATINUM**	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
164.	**CARBOPLATINUM**	C38.0	SERCE
165.	**CARBOPLATINUM**	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
166.	**CARBOPLATINUM**	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
167.	**CARBOPLATINUM**	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
168.	**CARBOPLATINUM**	C38.4	OPŁUCNA
169.	**CARBOPLATINUM**	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
170.	**CARBOPLATINUM**	C39	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
171.	**CARBOPLATINUM**	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
172.	**CARBOPLATINUM**	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
173.	**CARBOPLATINUM**	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
174.	**CARBOPLATINUM**	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
175.	**CARBOPLATINUM**	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
176.	**CARBOPLATINUM**	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
177.	**CARBOPLATINUM**	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
178.	**CARBOPLATINUM**	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
179.	**CARBOPLATINUM**	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
180.	**CARBOPLATINUM**	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
181.	**CARBOPLATINUM**	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
182.	**CARBOPLATINUM**	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
183.	**CARBOPLATINUM**	C41.1	ŻUCHWA
184.	**CARBOPLATINUM**	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
185.	**CARBOPLATINUM**	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA
186.	**CARBOPLATINUM**	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
187.	**CARBOPLATINUM**	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
188.	**CARBOPLATINUM**	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
189.	**CARBOPLATINUM**	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
190.	**CARBOPLATINUM**	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
191.	**CARBOPLATINUM**	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
192.	**CARBOPLATINUM**	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
193.	**CARBOPLATINUM**	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
194.	**CARBOPLATINUM**	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
195.	**CARBOPLATINUM**	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
196.	**CARBOPLATINUM**	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
197.	**CARBOPLATINUM**	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
198.	**CARBOPLATINUM**	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
199.	**CARBOPLATINUM**	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
200.	**CARBOPLATINUM**	C45	MIĘDZYBŁONIAK
201.	**CARBOPLATINUM**	C45.0	MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ
202.	**CARBOPLATINUM**	C45.1	MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
203.	**CARBOPLATINUM**	C45.2	MIĘDZYBŁONIAK OSIERDZIA
204.	**CARBOPLATINUM**	C45.7	MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
205.	**CARBOPLATINUM**	C45.9	MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY
206.	**CARBOPLATINUM**	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
207.	**CARBOPLATINUM**	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
208.	**CARBOPLATINUM**	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
209.	**CARBOPLATINUM**	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
210.	**CARBOPLATINUM**	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
211.	**CARBOPLATINUM**	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
212.	**CARBOPLATINUM**	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
213.	**CARBOPLATINUM**	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
214.	**CARBOPLATINUM**	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
215.	**CARBOPLATINUM**	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
216.	**CARBOPLATINUM**	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
217.	**CARBOPLATINUM**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
218.	**CARBOPLATINUM**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
219.	**CARBOPLATINUM**	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
220.	**CARBOPLATINUM**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
221.	**CARBOPLATINUM**	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
222.	**CARBOPLATINUM**	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
223.	**CARBOPLATINUM**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
224.	**CARBOPLATINUM**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
225.	**CARBOPLATINUM**	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
226.	**CARBOPLATINUM**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
227.	**CARBOPLATINUM**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
228.	**CARBOPLATINUM**	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
229.	**CARBOPLATINUM**	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
230.	**CARBOPLATINUM**	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
231.	**CARBOPLATINUM**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
232.	**CARBOPLATINUM**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
233.	**CARBOPLATINUM**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
234.	**CARBOPLATINUM**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
235.	**CARBOPLATINUM**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
236.	**CARBOPLATINUM**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
237.	**CARBOPLATINUM**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
238.	**CARBOPLATINUM**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
239.	**CARBOPLATINUM**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
240.	**CARBOPLATINUM**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
241.	**CARBOPLATINUM**	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
242.	**CARBOPLATINUM**	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
243.	**CARBOPLATINUM**	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
244.	**CARBOPLATINUM**	C51.2	ŁECHTACZKA
245.	**CARBOPLATINUM**	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
246.	**CARBOPLATINUM**	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
247.	**CARBOPLATINUM**	C52	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
248.	**CARBOPLATINUM**	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
249.	**CARBOPLATINUM**	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
250.	**CARBOPLATINUM**	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
251.	**CARBOPLATINUM**	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
252.	**CARBOPLATINUM**	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
253.	**CARBOPLATINUM**	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
254.	**CARBOPLATINUM**	C54.0	CIEŚŃ MACICY
255.	**CARBOPLATINUM**	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
256.	**CARBOPLATINUM**	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
257.	**CARBOPLATINUM**	C54.3	DNO MACICY
258.	**CARBOPLATINUM**	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
259.	**CARBOPLATINUM**	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
260.	**CARBOPLATINUM**	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
261.	**CARBOPLATINUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
262.	**CARBOPLATINUM**	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
263.	**CARBOPLATINUM**	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
264.	**CARBOPLATINUM**	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY
265.	**CARBOPLATINUM**	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
266.	**CARBOPLATINUM**	C57.3	PRZYMACICZA
267.	**CARBOPLATINUM**	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
268.	**CARBOPLATINUM**	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
269.	**CARBOPLATINUM**	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
270.	**CARBOPLATINUM**	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
271.	**CARBOPLATINUM**	C58	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA
272.	**CARBOPLATINUM**	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
273.	**CARBOPLATINUM**	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
274.	**CARBOPLATINUM**	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
275.	**CARBOPLATINUM**	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
276.	**CARBOPLATINUM**	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
277.	**CARBOPLATINUM**	C63	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
278.	**CARBOPLATINUM**	C63.0	NAJĄDRZE
279.	**CARBOPLATINUM**	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
280.	**CARBOPLATINUM**	C63.2	MOSZNA
281.	**CARBOPLATINUM**	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
282.	**CARBOPLATINUM**	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
283.	**CARBOPLATINUM**	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
284.	**CARBOPLATINUM**	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
285.	**CARBOPLATINUM**	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
286.	**CARBOPLATINUM**	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
287.	**CARBOPLATINUM**	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
288.	**CARBOPLATINUM**	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
289.	**CARBOPLATINUM**	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO
290.	**CARBOPLATINUM**	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
291.	**CARBOPLATINUM**	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
292.	**CARBOPLATINUM**	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
293.	**CARBOPLATINUM**	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
294.	**CARBOPLATINUM**	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
295.	**CARBOPLATINUM**	C67.7	MOCZOWNIK
296.	**CARBOPLATINUM**	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
297.	**CARBOPLATINUM**	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
298.	**CARBOPLATINUM**	C68	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
299.	**CARBOPLATINUM**	C68.0	CEWKA MOCZOWA
300.	**CARBOPLATINUM**	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
301.	**CARBOPLATINUM**	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
302.	**CARBOPLATINUM**	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
303.	**CARBOPLATINUM**	C69	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA
304.	**CARBOPLATINUM**	C69.0	SPOJÓWKA
305.	**CARBOPLATINUM**	C69.1	ROGÓWKA
306.	**CARBOPLATINUM**	C69.2	SIATKÓWKA
307.	**CARBOPLATINUM**	C69.3	NACZYNIÓWKA
308.	**CARBOPLATINUM**	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
309.	**CARBOPLATINUM**	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
310.	**CARBOPLATINUM**	C69.6	OCZODÓŁ
311.	**CARBOPLATINUM**	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
312.	**CARBOPLATINUM**	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
313.	**CARBOPLATINUM**	C70	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON
314.	**CARBOPLATINUM**	C70.0	OPONY MÓZGOWE
315.	**CARBOPLATINUM**	C70.1	OPONY RDZENIOWE
316.	**CARBOPLATINUM**	C70.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
317.	**CARBOPLATINUM**	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
318.	**CARBOPLATINUM**	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
319.	**CARBOPLATINUM**	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
320.	**CARBOPLATINUM**	C71.2	PŁAT SKRONIOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
321.	**CARBOPLATINUM**	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
322.	**CARBOPLATINUM**	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
323.	**CARBOPLATINUM**	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
324.	**CARBOPLATINUM**	C71.6	MÓŻDŻEK
325.	**CARBOPLATINUM**	C71.7	PIEŃ MÓZGU
326.	**CARBOPLATINUM**	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
327.	**CARBOPLATINUM**	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
328.	**CARBOPLATINUM**	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
329.	**CARBOPLATINUM**	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
330.	**CARBOPLATINUM**	C72.1	OGON KOŃSKI
331.	**CARBOPLATINUM**	C72.2	NERW WĘCHOWY
332.	**CARBOPLATINUM**	C72.3	NERW WZROKOWY
333.	**CARBOPLATINUM**	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
334.	**CARBOPLATINUM**	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
335.	**CARBOPLATINUM**	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
336.	**CARBOPLATINUM**	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
337.	**CARBOPLATINUM**	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
338.	**CARBOPLATINUM**	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
339.	**CARBOPLATINUM**	C74.0	KORA NADNERCZY
340.	**CARBOPLATINUM**	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
341.	**CARBOPLATINUM**	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
342.	**CARBOPLATINUM**	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
343.	**CARBOPLATINUM**	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
344.	**CARBOPLATINUM**	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
345.	**CARBOPLATINUM**	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
346.	**CARBOPLATINUM**	C75.3	SZYSZYNKA
347.	**CARBOPLATINUM**	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
348.	**CARBOPLATINUM**	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
349.	**CARBOPLATINUM**	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
350.	**CARBOPLATINUM**	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
351.	**CARBOPLATINUM**	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
352.	**CARBOPLATINUM**	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
353.	**CARBOPLATINUM**	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
354.	**CARBOPLATINUM**	C76.2	BRZUCH
355.	**CARBOPLATINUM**	C76.3	MIEDNICA
356.	**CARBOPLATINUM**	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
357.	**CARBOPLATINUM**	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
358.	**CARBOPLATINUM**	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
359.	**CARBOPLATINUM**	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
360.	**CARBOPLATINUM**	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
361.	**CARBOPLATINUM**	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
362.	**CARBOPLATINUM**	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
363.	**CARBOPLATINUM**	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ
364.	**CARBOPLATINUM**	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY
365.	**CARBOPLATINUM**	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY
366.	**CARBOPLATINUM**	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
367.	**CARBOPLATINUM**	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
368.	**CARBOPLATINUM**	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
369.	**CARBOPLATINUM**	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGI I TRAWIENNEGO
370.	**CARBOPLATINUM**	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
371.	**CARBOPLATINUM**	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
372.	**CARBOPLATINUM**	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
373.	**CARBOPLATINUM**	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
374.	**CARBOPLATINUM**	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
375.	**CARBOPLATINUM**	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
376.	**CARBOPLATINUM**	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
377.	**CARBOPLATINUM**	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
378.	**CARBOPLATINUM**	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
379.	**CARBOPLATINUM**	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
380.	**CARBOPLATINUM**	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
381.	**CARBOPLATINUM**	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
382.	**CARBOPLATINUM**	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
383.	**CARBOPLATINUM**	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
384.	**CARBOPLATINUM**	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
385.	**CARBOPLATINUM**	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
386.	**CARBOPLATINUM**	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
387.	**CARBOPLATINUM**	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
388.	**CARBOPLATINUM**	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
389.	**CARBOPLATINUM**	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
390.	**CARBOPLATINUM**	C81	CHOROBA HODGKINA
391.	**CARBOPLATINUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
392.	**CARBOPLATINUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
393.	**CARBOPLATINUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
394.	**CARBOPLATINUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
395.	**CARBOPLATINUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
396.	**CARBOPLATINUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
397.	**CARBOPLATINUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
398.	**CARBOPLATINUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
399.	**CARBOPLATINUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
400.	**CARBOPLATINUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
401.	**CARBOPLATINUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
402.	**CARBOPLATINUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
403.	**CARBOPLATINUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
404.	**CARBOPLATINUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
405.	**CARBOPLATINUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
406.	**CARBOPLATINUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
407.	**CARBOPLATINUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
408.	**CARBOPLATINUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
409.	**CARBOPLATINUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
410.	**CARBOPLATINUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
411.	**CARBOPLATINUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
412.	**CARBOPLATINUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
413.	**CARBOPLATINUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
414.	**CARBOPLATINUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
415.	**CARBOPLATINUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
416.	**CARBOPLATINUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
417.	**CARBOPLATINUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
418.	**CARBOPLATINUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
419.	**CARBOPLATINUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
420.	**CARBOPLATINUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
421.	**CARBOPLATINUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
422.	**CARBOPLATINUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
423.	**CARBOPLATINUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
424.	**CARBOPLATINUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
425.	**CARBOPLATINUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
426.	**CARBOPLATINUM**	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
427.	**CARBOPLATINUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
428.	**CARBOPLATINUM**	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
429.	**CARBOPLATINUM**	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
430.	**CARBOPLATINUM**	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
431.	**CARBOPLATINUM**	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
432.	**CARBOPLATINUM**	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
433.	**CARBOPLATINUM**	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
434.	**CARBOPLATINUM**	C90.0	SZPICZAK MNOGI
435.	**CARBOPLATINUM**	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
436.	**CARBOPLATINUM**	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
437.	**CARBOPLATINUM**	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
438.	**CARBOPLATINUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
439.	**CARBOPLATINUM**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
440.	**CARBOPLATINUM**	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
441.	**CARBOPLATINUM**	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
442.	**CARBOPLATINUM**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
443.	**CARBOPLATINUM**	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
444.	**CARBOPLATINUM**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
445.	**CARBOPLATINUM**	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
446.	**CARBOPLATINUM**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
447.	**CARBOPLATINUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
448.	**CARBOPLATINUM**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
449.	**CARBOPLATINUM**	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
450.	**CARBOPLATINUM**	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
451.	**CARBOPLATINUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
452.	**CARBOPLATINUM**	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
453.	**CARBOPLATINUM**	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
454.	**CARBOPLATINUM**	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
455.	**CARBOPLATINUM**	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
456.	**CARBOPLATINUM**	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
457.	**CARBOPLATINUM**	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
458.	**CARBOPLATINUM**	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
459.	**CARBOPLATINUM**	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
460.	**CARBOPLATINUM**	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
461.	**CARBOPLATINUM**	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
462.	**CARBOPLATINUM**	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
463.	**CARBOPLATINUM**	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
464.	**CARBOPLATINUM**	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
465.	**CARBOPLATINUM**	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
466.	**CARBOPLATINUM**	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
467.	**CARBOPLATINUM**	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
468.	**CARBOPLATINUM**	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
469.	**CARBOPLATINUM**	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
470.	**CARBOPLATINUM**	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
471.	**CARBOPLATINUM**	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
472.	**CARBOPLATINUM**	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
473.	**CARBOPLATINUM**	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
474.	**CARBOPLATINUM**	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
475.	**CARBOPLATINUM**	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
476.	**CARBOPLATINUM**	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
477.	**CARBOPLATINUM**	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
478.	**CARBOPLATINUM**	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
479.	**CARBOPLATINUM**	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
480.	**CARBOPLATINUM**	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
481.	**CARBOPLATINUM**	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
482.	**CARBOPLATINUM**	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
483.	**CARBOPLATINUM**	D00.2	ŻOŁĄDEK
484.	**CARBOPLATINUM**	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
485.	**CARBOPLATINUM**	D01.0	OKRĘŻNICA
486.	**CARBOPLATINUM**	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
487.	**CARBOPLATINUM**	D01.2	ODBYTNICA
488.	**CARBOPLATINUM**	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
489.	**CARBOPLATINUM**	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA
490.	**CARBOPLATINUM**	D01.5	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
491.	**CARBOPLATINUM**	D01.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE
492.	**CARBOPLATINUM**	D01.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
493.	**CARBOPLATINUM**	D03	CZERNIAK IN SITU
494.	**CARBOPLATINUM**	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
495.	**CARBOPLATINUM**	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
496.	**CARBOPLATINUM**	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
497.	**CARBOPLATINUM**	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
498.	**CARBOPLATINUM**	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
499.	**CARBOPLATINUM**	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
500.	**CARBOPLATINUM**	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
501.	**CARBOPLATINUM**	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
502.	**CARBOPLATINUM**	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
503.	**CARBOPLATINUM**	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
504.	**CARBOPLATINUM**	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY
505.	**CARBOPLATINUM**	D06.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
506.	**CARBOPLATINUM**	D06.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
507.	**CARBOPLATINUM**	D06.7	INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY
508.	**CARBOPLATINUM**	D06.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
509.	**CARBOPLATINUM**	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
510.	**CARBOPLATINUM**	D07.0	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
511.	**CARBOPLATINUM**	D07.1	SROM
512.	**CARBOPLATINUM**	D07.2	POCHWA
513.	**CARBOPLATINUM**	D07.3	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE
514.	**CARBOPLATINUM**	D07.4	PRĄCIE
515.	**CARBOPLATINUM**	D07.5	GRUCZOŁ KROKOWY
516.	**CARBOPLATINUM**	D07.6	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
517.	**CARBOPLATINUM**	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
518.	**CARBOPLATINUM**	D09.0	PĘCHERZ MOCZOWY
519.	**CARBOPLATINUM**	D09.1	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
520.	**CARBOPLATINUM**	D09.2	OKO
521.	**CARBOPLATINUM**	D09.3	TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
522.	**CARBOPLATINUM**	D09.7	RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
523.	**CARBOPLATINUM**	D09.9	RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
524.	**CARBOPLATINUM**	D10	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
525.	**CARBOPLATINUM**	D10.0	WARGA
526.	**CARBOPLATINUM**	D10.1	JĘZYK
527.	**CARBOPLATINUM**	D10.2	DNO JAMY USTNEJ
528.	**CARBOPLATINUM**	D10.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ
529.	**CARBOPLATINUM**	D10.4	MIGDAŁEK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
530.	**CARBOPLATINUM**	D10.5	INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE
531.	**CARBOPLATINUM**	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
532.	**CARBOPLATINUM**	D10.7	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA
533.	**CARBOPLATINUM**	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
534.	**CARBOPLATINUM**	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
535.	**CARBOPLATINUM**	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
536.	**CARBOPLATINUM**	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
537.	**CARBOPLATINUM**	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
538.	**CARBOPLATINUM**	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY,ODBYTNICY,ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
539.	**CARBOPLATINUM**	D12.0	JELITO ŚLEPE
540.	**CARBOPLATINUM**	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
541.	**CARBOPLATINUM**	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
542.	**CARBOPLATINUM**	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
543.	**CARBOPLATINUM**	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
544.	**CARBOPLATINUM**	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
545.	**CARBOPLATINUM**	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
546.	**CARBOPLATINUM**	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
547.	**CARBOPLATINUM**	D12.8	ODBYTNICA
548.	**CARBOPLATINUM**	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
549.	**CARBOPLATINUM**	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
550.	**CARBOPLATINUM**	D13.0	PRZEŁYK
551.	**CARBOPLATINUM**	D13.1	ŻOŁĄDEK
552.	**CARBOPLATINUM**	D13.2	DWUNASTNICA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
553.	**CARBOPLATINUM**	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
554.	**CARBOPLATINUM**	D13.4	WĄTROBA
555.	**CARBOPLATINUM**	D13.5	DROGI ŻÓŁCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE
556.	**CARBOPLATINUM**	D13.6	TRZUSTKA
557.	**CARBOPLATINUM**	D13.7	WYSPY TRZUSTKI
558.	**CARBOPLATINUM**	D13.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
559.	**CARBOPLATINUM**	D14	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
560.	**CARBOPLATINUM**	D14.0	UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE
561.	**CARBOPLATINUM**	D14.1	KRTAŃ
562.	**CARBOPLATINUM**	D14.2	TCHAWICA
563.	**CARBOPLATINUM**	D14.3	OSKRZELA I PŁUCA
564.	**CARBOPLATINUM**	D14.4	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE
565.	**CARBOPLATINUM**	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
566.	**CARBOPLATINUM**	D15.0	GRASICA
567.	**CARBOPLATINUM**	D15.1	SERCE
568.	**CARBOPLATINUM**	D15.2	ŚRÓDPIERSIE
569.	**CARBOPLATINUM**	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
570.	**CARBOPLATINUM**	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
571.	**CARBOPLATINUM**	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
572.	**CARBOPLATINUM**	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
573.	**CARBOPLATINUM**	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
574.	**CARBOPLATINUM**	D16.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
575.	**CARBOPLATINUM**	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
576.	**CARBOPLATINUM**	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
577.	**CARBOPLATINUM**	D16.5	ŻUCHWA
578.	**CARBOPLATINUM**	D16.6	KRĘGOSŁUP
579.	**CARBOPLATINUM**	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
580.	**CARBOPLATINUM**	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
581.	**CARBOPLATINUM**	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
582.	**CARBOPLATINUM**	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
583.	**CARBOPLATINUM**	D20.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
584.	**CARBOPLATINUM**	D20.1	OTRZEWNA
585.	**CARBOPLATINUM**	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
586.	**CARBOPLATINUM**	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI
587.	**CARBOPLATINUM**	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
588.	**CARBOPLATINUM**	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
589.	**CARBOPLATINUM**	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
590.	**CARBOPLATINUM**	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA
591.	**CARBOPLATINUM**	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
592.	**CARBOPLATINUM**	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
593.	**CARBOPLATINUM**	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE
594.	**CARBOPLATINUM**	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
595.	**CARBOPLATINUM**	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
596.	**CARBOPLATINUM**	D28.0	SROM
597.	**CARBOPLATINUM**	D28.1	POCHWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
598.	**CARBOPLATINUM**	D28.2	JAJOWODY I WIĘZADŁA
599.	**CARBOPLATINUM**	D28.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
600.	**CARBOPLATINUM**	D28.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
601.	**CARBOPLATINUM**	D29	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
602.	**CARBOPLATINUM**	D29.0	PRĄCIE
603.	**CARBOPLATINUM**	D29.1	GRUCZOŁ KROKOWY
604.	**CARBOPLATINUM**	D29.2	JĄDRO
605.	**CARBOPLATINUM**	D29.3	NAJĄDRZE
606.	**CARBOPLATINUM**	D29.4	MOSZNA
607.	**CARBOPLATINUM**	D29.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
608.	**CARBOPLATINUM**	D29.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
609.	**CARBOPLATINUM**	D30	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
610.	**CARBOPLATINUM**	D30.0	NERKA
611.	**CARBOPLATINUM**	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA
612.	**CARBOPLATINUM**	D30.2	MOCZOWÓD
613.	**CARBOPLATINUM**	D30.3	PĘCHERZ MOCZOWY
614.	**CARBOPLATINUM**	D30.4	CEWKA MOCZOWA
615.	**CARBOPLATINUM**	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
616.	**CARBOPLATINUM**	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
617.	**CARBOPLATINUM**	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA
618.	**CARBOPLATINUM**	D31.0	SPOJÓWKA
619.	**CARBOPLATINUM**	D31.1	ROGÓWKA
620.	**CARBOPLATINUM**	D31.2	SIATKÓWKA
621.	**CARBOPLATINUM**	D31.3	NACZYNIÓWKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
622.	**CARBOPLATINUM**	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE
623.	**CARBOPLATINUM**	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
624.	**CARBOPLATINUM**	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
625.	**CARBOPLATINUM**	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
626.	**CARBOPLATINUM**	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH
627.	**CARBOPLATINUM**	D32.0	OPONY MÓZGOWE
628.	**CARBOPLATINUM**	D32.1	OPONY RDZENIOWE
629.	**CARBOPLATINUM**	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
630.	**CARBOPLATINUM**	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
631.	**CARBOPLATINUM**	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
632.	**CARBOPLATINUM**	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
633.	**CARBOPLATINUM**	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
634.	**CARBOPLATINUM**	D33.3	NERWY CZASZKOWE
635.	**CARBOPLATINUM**	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY
636.	**CARBOPLATINUM**	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
637.	**CARBOPLATINUM**	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY
638.	**CARBOPLATINUM**	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
639.	**CARBOPLATINUM**	D35	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
640.	**CARBOPLATINUM**	D35.0	NADNERCZA
641.	**CARBOPLATINUM**	D35.1	PRZYTARCZYCE
642.	**CARBOPLATINUM**	D35.2	PRZYSADKA
643.	**CARBOPLATINUM**	D35.3	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
644.	**CARBOPLATINUM**	D35.4	SZYSZYNKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
645.	**CARBOPLATINUM**	D35.5	KŁĘBEK SZYJNY
646.	**CARBOPLATINUM**	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
647.	**CARBOPLATINUM**	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
648.	**CARBOPLATINUM**	D35.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
649.	**CARBOPLATINUM**	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
650.	**CARBOPLATINUM**	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
651.	**CARBOPLATINUM**	D36.0	WĘZŁY CHŁONNE
652.	**CARBOPLATINUM**	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
653.	**CARBOPLATINUM**	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
654.	**CARBOPLATINUM**	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
655.	**CARBOPLATINUM**	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
656.	**CARBOPLATINUM**	D37.0	WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO
657.	**CARBOPLATINUM**	D37.1	ŻOŁĄDEK
658.	**CARBOPLATINUM**	D37.2	JELITO CIENKIE
659.	**CARBOPLATINUM**	D37.3	JELIO ŚLEPE
660.	**CARBOPLATINUM**	D37.4	OKRĘŻNICA
661.	**CARBOPLATINUM**	D37.5	ODBYTNICA
662.	**CARBOPLATINUM**	D37.6	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
663.	**CARBOPLATINUM**	D37.7	INNE NARZĄDY TRAWIENNE
664.	**CARBOPLATINUM**	D37.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
665.	**CARBOPLATINUM**	D38	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ
666.	**CARBOPLATINUM**	D38.0	KRTAŃ
667.	**CARBOPLATINUM**	D38.1	TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
668.	**CARBOPLATINUM**	D38.2	OPŁUCNA
669.	**CARBOPLATINUM**	D38.3	SRÓDPIERSIE
670.	**CARBOPLATINUM**	D38.4	GRASICA
671.	**CARBOPLATINUM**	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
672.	**CARBOPLATINUM**	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
673.	**CARBOPLATINUM**	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
674.	**CARBOPLATINUM**	D39.0	MACICA
675.	**CARBOPLATINUM**	D39.1	JAJNIK
676.	**CARBOPLATINUM**	D39.2	ŁOŻYSKO
677.	**CARBOPLATINUM**	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
678.	**CARBOPLATINUM**	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
679.	**CARBOPLATINUM**	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
680.	**CARBOPLATINUM**	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
681.	**CARBOPLATINUM**	D40.1	JĄDRO
682.	**CARBOPLATINUM**	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
683.	**CARBOPLATINUM**	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
684.	**CARBOPLATINUM**	D41	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
685.	**CARBOPLATINUM**	D41.0	NERKA
686.	**CARBOPLATINUM**	D41.1	MIEDNICZKA NERKOWA
687.	**CARBOPLATINUM**	D41.2	MOCZOWÓD
688.	**CARBOPLATINUM**	D41.3	CEWKA MOCZOWA
689.	**CARBOPLATINUM**	D41.4	PĘCHERZ MOCZOWY
690.	**CARBOPLATINUM**	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
691.	**CARBOPLATINUM**	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
692.	**CARBOPLATINUM**	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
693.	**CARBOPLATINUM**	D42.0	OPONY MÓZGOWE
694.	**CARBOPLATINUM**	D42.1	OPONY RDZENIOWE
695.	**CARBOPLATINUM**	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
696.	**CARBOPLATINUM**	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
697.	**CARBOPLATINUM**	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
698.	**CARBOPLATINUM**	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
699.	**CARBOPLATINUM**	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
700.	**CARBOPLATINUM**	D43.3	NERWY CZASZKOWE
701.	**CARBOPLATINUM**	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
702.	**CARBOPLATINUM**	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
703.	**CARBOPLATINUM**	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
704.	**CARBOPLATINUM**	D44	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
705.	**CARBOPLATINUM**	D44.0	TARCZYCA
706.	**CARBOPLATINUM**	D44.1	NADNERCZA
707.	**CARBOPLATINUM**	D44.2	PRZYTARCZYCE
708.	**CARBOPLATINUM**	D44.3	PRZYSADKA
709.	**CARBOPLATINUM**	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
710.	**CARBOPLATINUM**	D44.5	SZYSZYNKA
711.	**CARBOPLATINUM**	D44.6	KŁĘBEK SZYJNY
712.	**CARBOPLATINUM**	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
713.	**CARBOPLATINUM**	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
714.	**CARBOPLATINUM**	D44.9	GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE
715.	**CARBOPLATINUM**	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)
716.	**CARBOPLATINUM**	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
717.	**CARBOPLATINUM**	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH , NIEOKREŚLONE
718.	**CARBOPLATINUM**	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
719.	**CARBOPLATINUM**	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
720.	**CARBOPLATINUM**	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
721.	**CARBOPLATINUM**	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
722.	**CARBOPLATINUM**	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
723.	**CARBOPLATINUM**	D48.4	OTRZEWNA
724.	**CARBOPLATINUM**	D48.5	SKÓRA
725.	**CARBOPLATINUM**	D48.6	SUTEK
726.	**CARBOPLATINUM**	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
727.	**CARBOPLATINUM**	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
728.	**CARBOPLATINUM**	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
729.	**CARBOPLATINUM**	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
730.	**CARBOPLATINUM**	E85	AMYLOIDOZA /SKROBIAWICA/
731.	**CARBOPLATINUM**	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE,POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
732.	**CARBOPLATINUM**	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA,POSTAĆ NEUROPATYCZNA
733.	**CARBOPLATINUM**	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
734.	**CARBOPLATINUM**	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
735.	**CARBOPLATINUM**	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
736.	**CARBOPLATINUM**	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
737.	**CARBOPLATINUM**	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.8.

CHLORAMBUCILUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**CHLORAMBUCILUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
2	**CHLORAMBUCILUM**	C81	CHOROBA HODGKINA
3	**CHLORAMBUCILUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
4	**CHLORAMBUCILUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
5	**CHLORAMBUCILUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
6	**CHLORAMBUCILUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
7	**CHLORAMBUCILUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
8	**CHLORAMBUCILUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
9	**CHLORAMBUCILUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
10	**CHLORAMBUCILUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
11	**CHLORAMBUCILUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
12	**CHLORAMBUCILUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
13	**CHLORAMBUCILUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
14	**CHLORAMBUCILUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
15	**CHLORAMBUCILUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
16	**CHLORAMBUCILUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
17	**CHLORAMBUCILUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
18	**CHLORAMBUCILUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
19	**CHLORAMBUCILUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
20	**CHLORAMBUCILUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
21	**CHLORAMBUCILUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
22	**CHLORAMBUCILUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
23	**CHLORAMBUCILUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
24	**CHLORAMBUCILUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
25	**CHLORAMBUCILUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
26	**CHLORAMBUCILUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
27	**CHLORAMBUCILUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
28	**CHLORAMBUCILUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
29	**CHLORAMBUCILUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
30	**CHLORAMBUCILUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
31	**CHLORAMBUCILUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
32	**CHLORAMBUCILUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
33	**CHLORAMBUCILUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
34	**CHLORAMBUCILUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
35	**CHLORAMBUCILUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
36	**CHLORAMBUCILUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
37	**CHLORAMBUCILUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
38	**CHLORAMBUCILUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
39	**CHLORAMBUCILUM**	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
40	**CHLORAMBUCILUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
41	**CHLORAMBUCILUM**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
42	**CHLORAMBUCILUM**	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43	**CHLORAMBUCILUM**	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
44	**CHLORAMBUCILUM**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
45	**CHLORAMBUCILUM**	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
46	**CHLORAMBUCILUM**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
47	**CHLORAMBUCILUM**	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.10.

CICLOSPORINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**CICLOSPORINUM**	D61	INNE NIEDOKRWISTOŚCI APLASTYCZNE
2	**CICLOSPORINUM**	D61.0	NIEDOKRWISTOŚĆ APLASTYCZNA KONSTYTUCJONALNA
3	**CICLOSPORINUM**	D61.1	NIEDOKRWISTOŚĆ APLASTYCZNA WYWOŁANA LEKAMI
4	**CICLOSPORINUM**	D61.2	NIEDOKRWISTOŚĆ APLASTYCZNA SPOWODOANA INNYMI CZYNNIKAMI ZEWNĘTRZNYMI
5	**CICLOSPORINUM**	D61.3	NIEDOKRWISTOŚĆ APLASTYCZNA IDIOPATYCZNA
6	**CICLOSPORINUM**	D61.8	INNE OKREŚLONE NIEDOKRWISTOŚCI APLASTYCZNE
7	**CICLOSPORINUM**	D61.9	NIEOKRESLONA NIEDOKRWISTOŚĆ APLASTYCZNA
8	**CICLOSPORINUM**	D76	NIEKTÓRE CHOROBY DOTYCZĄCE UKŁADU SIATECZKWO-ŚRÓDBŁONKOWEGO I CHŁONNEGO
9	**CICLOSPORINUM**	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
10	**CICLOSPORINUM**	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
11	**CICLOSPORINUM**	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM
12	**CICLOSPORINUM**	D76.3	INNE ZESPOŁY HISTIOCYTOWE
13	**CICLOSPORINUM**	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
14	**CICLOSPORINUM**	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
15	**CICLOSPORINUM**	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
16	**CICLOSPORINUM**	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ

Załącznik C.11.

CISPLATINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**CISPLATINUM**	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2	**CISPLATINUM**	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3	**CISPLATINUM**	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4	**CISPLATINUM**	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5	**CISPLATINUM**	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6	**CISPLATINUM**	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7	**CISPLATINUM**	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8	**CISPLATINUM**	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9	**CISPLATINUM**	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10	**CISPLATINUM**	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11	**CISPLATINUM**	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12	**CISPLATINUM**	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13	**CISPLATINUM**	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14	**CISPLATINUM**	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15	**CISPLATINUM**	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16	**CISPLATINUM**	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17	**CISPLATINUM**	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18	**CISPLATINUM**	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19	**CISPLATINUM**	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY
20	**CISPLATINUM**	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21	**CISPLATINUM**	C03.0	DZIĄSŁO GÓRNE
22	**CISPLATINUM**	C03.1	DZIĄSŁO DOLNE
23	**CISPLATINUM**	C03.9	DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE
24	**CISPLATINUM**	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25	**CISPLATINUM**	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26	**CISPLATINUM**	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27	**CISPLATINUM**	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28	**CISPLATINUM**	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29	**CISPLATINUM**	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30	**CISPLATINUM**	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31	**CISPLATINUM**	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32	**CISPLATINUM**	C05.2	JĘZYCZEK
33	**CISPLATINUM**	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34	**CISPLATINUM**	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35	**CISPLATINUM**	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36	**CISPLATINUM**	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37	**CISPLATINUM**	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38	**CISPLATINUM**	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39	**CISPLATINUM**	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40	**CISPLATINUM**	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41	**CISPLATINUM**	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	**CISPLATINUM**	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
43	**CISPLATINUM**	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44	**CISPLATINUM**	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
45	**CISPLATINUM**	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46	**CISPLATINUM**	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47	**CISPLATINUM**	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48	**CISPLATINUM**	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49	**CISPLATINUM**	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50	**CISPLATINUM**	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51	**CISPLATINUM**	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52	**CISPLATINUM**	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53	**CISPLATINUM**	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54	**CISPLATINUM**	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55	**CISPLATINUM**	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56	**CISPLATINUM**	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57	**CISPLATINUM**	C10.4	SZCZELINA SKRZELOWA
58	**CISPLATINUM**	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59	**CISPLATINUM**	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60	**CISPLATINUM**	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61	**CISPLATINUM**	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62	**CISPLATINUM**	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63	**CISPLATINUM**	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64	**CISPLATINUM**	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65	**CISPLATINUM**	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	**CISPLATINUM**	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
67	**CISPLATINUM**	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU GRUSZKOWATEGO
68	**CISPLATINUM**	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	**CISPLATINUM**	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
70	**CISPLATINUM**	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71	**CISPLATINUM**	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72	**CISPLATINUM**	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73	**CISPLATINUM**	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74	**CISPLATINUM**	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75	**CISPLATINUM**	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76	**CISPLATINUM**	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77	**CISPLATINUM**	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78	**CISPLATINUM**	C15	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZEŁYKU
79	**CISPLATINUM**	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
80	**CISPLATINUM**	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
81	**CISPLATINUM**	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
82	**CISPLATINUM**	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
83	**CISPLATINUM**	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
84	**CISPLATINUM**	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
85	**CISPLATINUM**	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZEŁYKU
86	**CISPLATINUM**	C15.9	PRZEŁYK, NIEOKREŚLONY
87	**CISPLATINUM**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
88	**CISPLATINUM**	C16.0	WPUST
89	**CISPLATINUM**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
90	**CISPLATINUM**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
91	**CISPLATINUM**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
92	**CISPLATINUM**	C16.4	ODŹWIERNIK
93	**CISPLATINUM**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
94	**CISPLATINUM**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
95	**CISPLATINUM**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
96	**CISPLATINUM**	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
97	**CISPLATINUM**	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
98	**CISPLATINUM**	C17.0	DWUNASTNICA
99	**CISPLATINUM**	C17.1	JELITO CZCZE
100	**CISPLATINUM**	C17.2	JELITO KRĘTE
101	**CISPLATINUM**	C17.3	UCHYŁEK MECKELA
102	**CISPLATINUM**	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
103	**CISPLATINUM**	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
104	**CISPLATINUM**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
105	**CISPLATINUM**	C18.0	JELITO ŚLEPE
106	**CISPLATINUM**	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
107	**CISPLATINUM**	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
108	**CISPLATINUM**	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
109	**CISPLATINUM**	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
110	**CISPLATINUM**	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
111	**CISPLATINUM**	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
112	**CISPLATINUM**	C18.7	ESICA
113	**CISPLATINUM**	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
114	**CISPLATINUM**	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
115	**CISPLATINUM**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
116	**CISPLATINUM**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
117	**CISPLATINUM**	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
118	**CISPLATINUM**	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
119	**CISPLATINUM**	C21.1	KANAŁ ODBYTU
120	**CISPLATINUM**	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
121	**CISPLATINUM**	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
122	**CISPLATINUM**	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
123	**CISPLATINUM**	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
124	**CISPLATINUM**	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
125	**CISPLATINUM**	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
126	**CISPLATINUM**	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
127	**CISPLATINUM**	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
128	**CISPLATINUM**	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
129	**CISPLATINUM**	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
130	**CISPLATINUM**	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
131	**CISPLATINUM**	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
132	**CISPLATINUM**	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE
133	**CISPLATINUM**	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
134	**CISPLATINUM**	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
135	**CISPLATINUM**	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
136	**CISPLATINUM**	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
137	**CISPLATINUM**	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
138	**CISPLATINUM**	C25.1	TRZON TRZUSTKI
139	**CISPLATINUM**	C25.2	OGON TRZUSTKI
140	**CISPLATINUM**	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
141	**CISPLATINUM**	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
142	**CISPLATINUM**	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
143	**CISPLATINUM**	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
144	**CISPLATINUM**	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
145	**CISPLATINUM**	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
146	**CISPLATINUM**	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
147	**CISPLATINUM**	C26.1	ŚLEDZIONA
148	**CISPLATINUM**	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
149	**CISPLATINUM**	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
150	**CISPLATINUM**	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
151	**CISPLATINUM**	C30.0	JAMA NOSOWA
152	**CISPLATINUM**	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
153	**CISPLATINUM**	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
154	**CISPLATINUM**	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
155	**CISPLATINUM**	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
156	**CISPLATINUM**	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
157	**CISPLATINUM**	C31.3	ZATOKA KLINOWA
158	**CISPLATINUM**	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
159	**CISPLATINUM**	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
160	**CISPLATINUM**	C32	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KRTANI
161	**CISPLATINUM**	C32.0	GŁOŚNIA
162	**CISPLATINUM**	C32.1	NAGŁOŚNIA
163	**CISPLATINUM**	C32.2	JAMA PODGŁOŚNIOWA
164	**CISPLATINUM**	C32.3	CHRZĄSTKI KRTANI
165	**CISPLATINUM**	C32.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KRTANI
166	**CISPLATINUM**	C32.9	KRTAŃ, NIEOKREŚLONA
167	**CISPLATINUM**	C33	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TCHAWICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
168	**CISPLATINUM**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
169	**CISPLATINUM**	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
170	**CISPLATINUM**	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
171	**CISPLATINUM**	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
172	**CISPLATINUM**	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
173	**CISPLATINUM**	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
174	**CISPLATINUM**	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
175	**CISPLATINUM**	C37	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
176	**CISPLATINUM**	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
177	**CISPLATINUM**	C38.0	SERCE
178	**CISPLATINUM**	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
179	**CISPLATINUM**	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
180	**CISPLATINUM**	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
181	**CISPLATINUM**	C38.4	OPŁUCNA
182	**CISPLATINUM**	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
183	**CISPLATINUM**	C39	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
184	**CISPLATINUM**	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
185	**CISPLATINUM**	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
186	**CISPLATINUM**	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
187	**CISPLATINUM**	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
188	**CISPLATINUM**	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
189	**CISPLATINUM**	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
190	**CISPLATINUM**	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
191	**CISPLATINUM**	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
192	**CISPLATINUM**	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
193	**CISPLATINUM**	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
194	**CISPLATINUM**	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
195	**CISPLATINUM**	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
196	**CISPLATINUM**	C41.1	ŻUCHWA
197	**CISPLATINUM**	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
198	**CISPLATINUM**	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA
199	**CISPLATINUM**	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
200	**CISPLATINUM**	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
201	**CISPLATINUM**	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
202	**CISPLATINUM**	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
203	**CISPLATINUM**	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
204	**CISPLATINUM**	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
205	**CISPLATINUM**	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
206	**CISPLATINUM**	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
207	**CISPLATINUM**	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
208	**CISPLATINUM**	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
209	**CISPLATINUM**	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
210	**CISPLATINUM**	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
211	**CISPLATINUM**	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
212	**CISPLATINUM**	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
213	**CISPLATINUM**	C44	INNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE SKÓRY
214	**CISPLATINUM**	C44.0	SKÓRA WARGI
215	**CISPLATINUM**	C44.1	SKÓRA POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
216	**CISPLATINUM**	C44.2	SKÓRA UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
217	**CISPLATINUM**	C44.3	SKÓRA INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
218	**CISPLATINUM**	C44.4	SKÓRA OWŁOSIONA GŁOWY I SZYI
219	**CISPLATINUM**	C44.5	SKÓRA TUŁOWIA
220	**CISPLATINUM**	C44.6	SKÓRA KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
221	**CISPLATINUM**	C44.7	SKÓRA KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
222	**CISPLATINUM**	C44.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE OKREŚLONE KODAMI
223	**CISPLATINUM**	C44.9	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
224	**CISPLATINUM**	C45	MIĘDZYBŁONIAK
225	**CISPLATINUM**	C45.0	MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ
226	**CISPLATINUM**	C45.1	MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ
227	**CISPLATINUM**	C45.2	MIĘDZYBŁONIAK OSIERDZIA
228	**CISPLATINUM**	C45.7	MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
229	**CISPLATINUM**	C45.9	MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY
230	**CISPLATINUM**	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
231	**CISPLATINUM**	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
232	**CISPLATINUM**	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
233	**CISPLATINUM**	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
234	**CISPLATINUM**	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
235	**CISPLATINUM**	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
236	**CISPLATINUM**	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
237	**CISPLATINUM**	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
238	**CISPLATINUM**	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
239	**CISPLATINUM**	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
240	**CISPLATINUM**	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
241	**CISPLATINUM**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
242	**CISPLATINUM**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
243	**CISPLATINUM**	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
244	**CISPLATINUM**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
245	**CISPLATINUM**	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
246	**CISPLATINUM**	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
247	**CISPLATINUM**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
248	**CISPLATINUM**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
249	**CISPLATINUM**	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
250	**CISPLATINUM**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
251	**CISPLATINUM**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
252	**CISPLATINUM**	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
253	**CISPLATINUM**	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
254	**CISPLATINUM**	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
255	**CISPLATINUM**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
256	**CISPLATINUM**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
257	**CISPLATINUM**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
258	**CISPLATINUM**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
259	**CISPLATINUM**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
260	**CISPLATINUM**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
261	**CISPLATINUM**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
262	**CISPLATINUM**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
263	**CISPLATINUM**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
264	**CISPLATINUM**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
265	**CISPLATINUM**	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
266	**CISPLATINUM**	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
267	**CISPLATINUM**	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
268	**CISPLATINUM**	C51.2	ŁECHTACZKA
269	**CISPLATINUM**	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
270	**CISPLATINUM**	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
271	**CISPLATINUM**	C52	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
272	**CISPLATINUM**	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
273	**CISPLATINUM**	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
274	**CISPLATINUM**	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
275	**CISPLATINUM**	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
276	**CISPLATINUM**	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
277	**CISPLATINUM**	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
278	**CISPLATINUM**	C54.0	CIEŚŃ MACICY
279	**CISPLATINUM**	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
280	**CISPLATINUM**	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
281	**CISPLATINUM**	C54.3	DNO MACICY
282	**CISPLATINUM**	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
283	**CISPLATINUM**	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
284	**CISPLATINUM**	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
285	**CISPLATINUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
286	**CISPLATINUM**	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
287	**CISPLATINUM**	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
288	**CISPLATINUM**	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
289	**CISPLATINUM**	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
290	**CISPLATINUM**	C57.3	PRZYMACICZA
291	**CISPLATINUM**	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
292	**CISPLATINUM**	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
293	**CISPLATINUM**	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
294	**CISPLATINUM**	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
295	**CISPLATINUM**	C58	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA
296	**CISPLATINUM**	C60	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA
297	**CISPLATINUM**	C60.0	NAPLETEK
298	**CISPLATINUM**	C60.1	ŻOŁĄDŹ PRĄCIA
299	**CISPLATINUM**	C60.2	TRZON PRĄCIA
300	**CISPLATINUM**	C60.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA
301	**CISPLATINUM**	C60.9	PRĄCIE, NIEOKREŚLONE
302	**CISPLATINUM**	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
303	**CISPLATINUM**	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
304	**CISPLATINUM**	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
305	**CISPLATINUM**	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
306	**CISPLATINUM**	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
307	**CISPLATINUM**	C63	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
308	**CISPLATINUM**	C63.0	NAJĄDRZE
309	**CISPLATINUM**	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
310	**CISPLATINUM**	C63.2	MOSZNA
311	**CISPLATINUM**	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
312	**CISPLATINUM**	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
313	**CISPLATINUM**	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
314	**CISPLATINUM**	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
315	**CISPLATINUM**	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
316	**CISPLATINUM**	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
317	**CISPLATINUM**	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
318	**CISPLATINUM**	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
319	**CISPLATINUM**	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO
320	**CISPLATINUM**	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
321	**CISPLATINUM**	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
322	**CISPLATINUM**	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
323	**CISPLATINUM**	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
324	**CISPLATINUM**	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
325	**CISPLATINUM**	C67.7	MOCZOWNIK
326	**CISPLATINUM**	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
327	**CISPLATINUM**	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
328	**CISPLATINUM**	C68	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
329	**CISPLATINUM**	C68.0	CEWKA MOCZOWA
330	**CISPLATINUM**	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
331	**CISPLATINUM**	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
332	**CISPLATINUM**	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
333	**CISPLATINUM**	C69	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA
334	**CISPLATINUM**	C69.0	SPOJÓWKA
335	**CISPLATINUM**	C69.1	ROGÓWKA
336	**CISPLATINUM**	C69.2	SIATKÓWKA
337	**CISPLATINUM**	C69.3	NACZYNIÓWKA
338	**CISPLATINUM**	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
339	**CISPLATINUM**	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
340	**CISPLATINUM**	C69.6	OCZODÓŁ
341	**CISPLATINUM**	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
342	**CISPLATINUM**	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
343	**CISPLATINUM**	C70	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON
344	**CISPLATINUM**	C70.0	OPONY MÓZGOWE
345	**CISPLATINUM**	C70.1	OPONY RDZENIOWE
346	**CISPLATINUM**	C70.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
347	**CISPLATINUM**	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
348	**CISPLATINUM**	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
349	**CISPLATINUM**	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
350	**CISPLATINUM**	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
351	**CISPLATINUM**	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
352	**CISPLATINUM**	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
353	**CISPLATINUM**	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
354	**CISPLATINUM**	C71.6	MÓŻDŻEK
355	**CISPLATINUM**	C71.7	PIEŃ MÓZGU
356	**CISPLATINUM**	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
357	**CISPLATINUM**	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
358	**CISPLATINUM**	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
359	**CISPLATINUM**	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
360	**CISPLATINUM**	C72.1	OGON KOŃSKI
361	**CISPLATINUM**	C72.2	NERW WĘCHOWY
362	**CISPLATINUM**	C72.3	NERW WZROKOWY
363	**CISPLATINUM**	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
364	**CISPLATINUM**	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
365	**CISPLATINUM**	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
366	**CISPLATINUM**	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
367	**CISPLATINUM**	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
368	**CISPLATINUM**	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
369	**CISPLATINUM**	C74.0	KORA NADNERCZY
370	**CISPLATINUM**	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
371	**CISPLATINUM**	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
372	**CISPLATINUM**	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
373	**CISPLATINUM**	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
374	**CISPLATINUM**	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
375	**CISPLATINUM**	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
376	**CISPLATINUM**	C75.3	SZYSZYNKA
377	**CISPLATINUM**	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
378	**CISPLATINUM**	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
379	**CISPLATINUM**	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
380	**CISPLATINUM**	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
381	**CISPLATINUM**	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH
382	**CISPLATINUM**	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
383	**CISPLATINUM**	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
384	**CISPLATINUM**	C76.2	BRZUCH
385	**CISPLATINUM**	C76.3	MIEDNICA
386	**CISPLATINUM**	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
387	**CISPLATINUM**	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
388	**CISPLATINUM**	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
389	**CISPLATINUM**	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
390	**CISPLATINUM**	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
391	**CISPLATINUM**	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
392	**CISPLATINUM**	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
393	**CISPLATINUM**	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ
394	**CISPLATINUM**	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY
395	**CISPLATINUM**	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY
396	**CISPLATINUM**	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
397	**CISPLATINUM**	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
398	**CISPLATINUM**	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
399	**CISPLATINUM**	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGI I TRAWIENNEGO
400	**CISPLATINUM**	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
401	**CISPLATINUM**	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
402	**CISPLATINUM**	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
403	**CISPLATINUM**	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
404	**CISPLATINUM**	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
405	**CISPLATINUM**	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
406	**CISPLATINUM**	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
407	**CISPLATINUM**	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
408	**CISPLATINUM**	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
409	**CISPLATINUM**	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
410	**CISPLATINUM**	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
411	**CISPLATINUM**	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
412	**CISPLATINUM**	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
413	**CISPLATINUM**	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
414	**CISPLATINUM**	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
415	**CISPLATINUM**	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
416	**CISPLATINUM**	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
417	**CISPLATINUM**	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
418	**CISPLATINUM**	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
419	**CISPLATINUM**	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
420	**CISPLATINUM**	C81	CHOROBA HODGKINA
421	**CISPLATINUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
422	**CISPLATINUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
423	**CISPLATINUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
424	**CISPLATINUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
425	**CISPLATINUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
426	**CISPLATINUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
427	**CISPLATINUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
428	**CISPLATINUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
429	**CISPLATINUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
430	**CISPLATINUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
431	**CISPLATINUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
432	**CISPLATINUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
433	**CISPLATINUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
434	**CISPLATINUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
435	**CISPLATINUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
436	**CISPLATINUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
437	**CISPLATINUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
438	**CISPLATINUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
439	**CISPLATINUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
440	**CISPLATINUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
441	**CISPLATINUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
442	**CISPLATINUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
443	**CISPLATINUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
444	**CISPLATINUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
445	**CISPLATINUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
446	**CISPLATINUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
447	**CISPLATINUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
448	**CISPLATINUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
449	**CISPLATINUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
450	**CISPLATINUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
451	**CISPLATINUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
452	**CISPLATINUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
453	**CISPLATINUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
454	**CISPLATINUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
455	**CISPLATINUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
456	**CISPLATINUM**	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
457	**CISPLATINUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
458	**CISPLATINUM**	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
459	**CISPLATINUM**	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
460	**CISPLATINUM**	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
461	**CISPLATINUM**	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
462	**CISPLATINUM**	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
463	**CISPLATINUM**	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
464	**CISPLATINUM**	C90.0	SZPICZAK MNOGI
465	**CISPLATINUM**	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
466	**CISPLATINUM**	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
467	**CISPLATINUM**	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
468	**CISPLATINUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
469	**CISPLATINUM**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
470	**CISPLATINUM**	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
471	**CISPLATINUM**	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
472	**CISPLATINUM**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
473	**CISPLATINUM**	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
474	**CISPLATINUM**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
475	**CISPLATINUM**	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
476	**CISPLATINUM**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
477	**CISPLATINUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
478	**CISPLATINUM**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
479	**CISPLATINUM**	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
480	**CISPLATINUM**	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
481	**CISPLATINUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
482	**CISPLATINUM**	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
483	**CISPLATINUM**	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
484	**CISPLATINUM**	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
485	**CISPLATINUM**	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
486	**CISPLATINUM**	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
487	**CISPLATINUM**	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
488	**CISPLATINUM**	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
489	**CISPLATINUM**	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
490	**CISPLATINUM**	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
491	**CISPLATINUM**	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
492	**CISPLATINUM**	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
493	**CISPLATINUM**	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
494	**CISPLATINUM**	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
495	**CISPLATINUM**	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
496	**CISPLATINUM**	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
497	**CISPLATINUM**	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
498	**CISPLATINUM**	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
499	**CISPLATINUM**	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
500	**CISPLATINUM**	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
501	**CISPLATINUM**	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
502	**CISPLATINUM**	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
503	**CISPLATINUM**	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
504	**CISPLATINUM**	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
505	**CISPLATINUM**	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
506	**CISPLATINUM**	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
507	**CISPLATINUM**	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
508	**CISPLATINUM**	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
509	**CISPLATINUM**	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
510	**CISPLATINUM**	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
511	**CISPLATINUM**	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
512	**CISPLATINUM**	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
513	**CISPLATINUM**	D00.2	ŻOŁĄDEK
514	**CISPLATINUM**	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
515	**CISPLATINUM**	D01.0	OKRĘŻNICA
516	**CISPLATINUM**	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
517	**CISPLATINUM**	D01.2	ODBYTNICA
518	**CISPLATINUM**	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
519	**CISPLATINUM**	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA
520	**CISPLATINUM**	D01.5	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
521	**CISPLATINUM**	D01.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE
522	**CISPLATINUM**	D01.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
523	**CISPLATINUM**	D03	CZERNIAK IN SITU
524	**CISPLATINUM**	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
525	**CISPLATINUM**	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
526	**CISPLATINUM**	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
527	**CISPLATINUM**	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
528	**CISPLATINUM**	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
529	**CISPLATINUM**	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
530	**CISPLATINUM**	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
531	**CISPLATINUM**	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
532	**CISPLATINUM**	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
533	**CISPLATINUM**	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
534	**CISPLATINUM**	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY
535	**CISPLATINUM**	D06.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
536	**CISPLATINUM**	D06.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
537	**CISPLATINUM**	D06.7	INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY
538	**CISPLATINUM**	D06.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
539	**CISPLATINUM**	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
540	**CISPLATINUM**	D07.0	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
541	**CISPLATINUM**	D07.1	SROM
542	**CISPLATINUM**	D07.2	POCHWA
543	**CISPLATINUM**	D07.3	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE
544	**CISPLATINUM**	D07.4	PRĄCIE
545	**CISPLATINUM**	D07.5	GRUCZOŁ KROKOWY
546	**CISPLATINUM**	D07.6	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
547	**CISPLATINUM**	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
548	**CISPLATINUM**	D09.0	PĘCHERZ MOCZOWY
549	**CISPLATINUM**	D09.1	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
550	**CISPLATINUM**	D09.2	OKO
551	**CISPLATINUM**	D09.3	TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
552	**CISPLATINUM**	D09.7	RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
553	**CISPLATINUM**	D09.9	RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
554	**CISPLATINUM**	D10	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
555	**CISPLATINUM**	D10.0	WARGA
556	**CISPLATINUM**	D10.1	JĘZYK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
557	**CISPLATINUM**	D10.2	DNO JAMY USTNEJ
558	**CISPLATINUM**	D10.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ
559	**CISPLATINUM**	D10.4	MIGDAŁEK
560	**CISPLATINUM**	D10.5	INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE
561	**CISPLATINUM**	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
562	**CISPLATINUM**	D10.7	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA
563	**CISPLATINUM**	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
564	**CISPLATINUM**	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
565	**CISPLATINUM**	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
566	**CISPLATINUM**	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
567	**CISPLATINUM**	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
568	**CISPLATINUM**	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY,ODBYTNICY,ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
569	**CISPLATINUM**	D12.0	JELITO ŚLEPE
570	**CISPLATINUM**	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
571	**CISPLATINUM**	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
572	**CISPLATINUM**	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
573	**CISPLATINUM**	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
574	**CISPLATINUM**	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
575	**CISPLATINUM**	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
576	**CISPLATINUM**	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
577	**CISPLATINUM**	D12.8	ODBYTNICA
578	**CISPLATINUM**	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
579	**CISPLATINUM**	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
580	**CISPLATINUM**	D13.0	PRZEŁYK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
581	**CISPLATINUM**	D13.1	ŻOŁĄDEK
582	**CISPLATINUM**	D13.2	DWUNASTNICA
583	**CISPLATINUM**	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
584	**CISPLATINUM**	D13.4	WĄTROBA
585	**CISPLATINUM**	D13.5	DROGI ŻÓŁCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE
586	**CISPLATINUM**	D13.6	TRZUSTKA
587	**CISPLATINUM**	D13.7	WYSPY TRZUSTKI
588	**CISPLATINUM**	D13.9	NIEDOKŁADNIE OKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
589	**CISPLATINUM**	D14	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
590	**CISPLATINUM**	D14.0	UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE
591	**CISPLATINUM**	D14.1	KRTAŃ
592	**CISPLATINUM**	D14.2	TCHAWICA
593	**CISPLATINUM**	D14.3	OSKRZELA I PŁUCA
594	**CISPLATINUM**	D14.4	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE
595	**CISPLATINUM**	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
596	**CISPLATINUM**	D15.0	GRASICA
597	**CISPLATINUM**	D15.1	SERCE
598	**CISPLATINUM**	D15.2	ŚRÓDPIERSIE
599	**CISPLATINUM**	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
600	**CISPLATINUM**	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
601	**CISPLATINUM**	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
602	**CISPLATINUM**	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
603	**CISPLATINUM**	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
604	**CISPLATINUM**	D16.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
605	**CISPLATINUM**	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
606	**CISPLATINUM**	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
607	**CISPLATINUM**	D16.5	ŻUCHWA
608	**CISPLATINUM**	D16.6	KRĘGOSŁUP
609	**CISPLATINUM**	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
610	**CISPLATINUM**	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
611	**CISPLATINUM**	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
612	**CISPLATINUM**	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
613	**CISPLATINUM**	D20.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
614	**CISPLATINUM**	D20.1	OTRZEWNA
615	**CISPLATINUM**	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
616	**CISPLATINUM**	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI
617	**CISPLATINUM**	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
618	**CISPLATINUM**	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
619	**CISPLATINUM**	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
620	**CISPLATINUM**	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA
621	**CISPLATINUM**	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
622	**CISPLATINUM**	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
623	**CISPLATINUM**	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE
624	**CISPLATINUM**	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
625	**CISPLATINUM**	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
626	**CISPLATINUM**	D28.0	SROM
627	**CISPLATINUM**	D28.1	POCHWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
628	**CISPLATINUM**	D28.2	JAJOWODY I WIĘZADŁA
629	**CISPLATINUM**	D28.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
630	**CISPLATINUM**	D28.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
631	**CISPLATINUM**	D29	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
632	**CISPLATINUM**	D29.0	PRĄCIE
633	**CISPLATINUM**	D29.1	GRUCZOŁ KROKOWY
634	**CISPLATINUM**	D29.2	JĄDRO
635	**CISPLATINUM**	D29.3	NAJĄDRZE
636	**CISPLATINUM**	D29.4	MOSZNA
637	**CISPLATINUM**	D29.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
638	**CISPLATINUM**	D29.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
639	**CISPLATINUM**	D30	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
640	**CISPLATINUM**	D30.0	NERKA
641	**CISPLATINUM**	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA
642	**CISPLATINUM**	D30.2	MOCZOWÓD
643	**CISPLATINUM**	D30.3	PĘCHERZ MOCZOWY
644	**CISPLATINUM**	D30.4	CEWKA MOCZOWA
645	**CISPLATINUM**	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
646	**CISPLATINUM**	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
647	**CISPLATINUM**	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA
648	**CISPLATINUM**	D31.0	SPOJÓWKA
649	**CISPLATINUM**	D31.1	ROGÓWKA
650	**CISPLATINUM**	D31.2	SIATKÓWKA
651	**CISPLATINUM**	D31.3	NACZYNIÓWKA
652	**CISPLATINUM**	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
653	**CISPLATINUM**	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
654	**CISPLATINUM**	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
655	**CISPLATINUM**	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
656	**CISPLATINUM**	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH
657	**CISPLATINUM**	D32.0	OPONY MÓZGOWE
658	**CISPLATINUM**	D32.1	OPONY RDZENIOWE
659	**CISPLATINUM**	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
660	**CISPLATINUM**	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
661	**CISPLATINUM**	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
662	**CISPLATINUM**	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
663	**CISPLATINUM**	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
664	**CISPLATINUM**	D33.3	NERWY CZASZKOWE
665	**CISPLATINUM**	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY
666	**CISPLATINUM**	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
667	**CISPLATINUM**	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY
668	**CISPLATINUM**	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
669	**CISPLATINUM**	D35.0	NADNERCZA
670	**CISPLATINUM**	D35.1	PRZYTARCZYCE
671	**CISPLATINUM**	D35.2	PRZYSADKA
672	**CISPLATINUM**	D35.3	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
673	**CISPLATINUM**	D35.4	SZYSZYNKA
674	**CISPLATINUM**	D35.5	KŁĘBEK SZYJNY
675	**CISPLATINUM**	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
676	**CISPLATINUM**	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
677	**CISPLATINUM**	D35.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
678	**CISPLATINUM**	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
679	**CISPLATINUM**	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
680	**CISPLATINUM**	D36.0	WĘZŁY CHŁONNE
681	**CISPLATINUM**	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
682	**CISPLATINUM**	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
683	**CISPLATINUM**	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
684	**CISPLATINUM**	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
685	**CISPLATINUM**	D37.0	WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO
686	**CISPLATINUM**	D37.1	ŻOŁĄDEK
687	**CISPLATINUM**	D37.2	JELITO CIENKIE
688	**CISPLATINUM**	D37.3	JELIO ŚLEPE
689	**CISPLATINUM**	D37.4	OKRĘŻNICA
690	**CISPLATINUM**	D37.5	ODBYTNICA
691	**CISPLATINUM**	D37.6	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
692	**CISPLATINUM**	D37.7	INNE NARZĄDY TRAWIENNE
693	**CISPLATINUM**	D37.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
694	**CISPLATINUM**	D38	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ
695	**CISPLATINUM**	D38.0	KRTAŃ
696	**CISPLATINUM**	D38.1	TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA
697	**CISPLATINUM**	D38.2	OPŁUCNA
698	**CISPLATINUM**	D38.3	ŚRÓDPIERSIE
699	**CISPLATINUM**	D38.4	GRASICA
700	**CISPLATINUM**	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
701	**CISPLATINUM**	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
702	**CISPLATINUM**	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
703	**CISPLATINUM**	D39.0	MACICA
704	**CISPLATINUM**	D39.1	JAJNIK
705	**CISPLATINUM**	D39.2	ŁOŻYSKO
706	**CISPLATINUM**	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
707	**CISPLATINUM**	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
708	**CISPLATINUM**	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
709	**CISPLATINUM**	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
710	**CISPLATINUM**	D40.1	JĄDRO
711	**CISPLATINUM**	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
712	**CISPLATINUM**	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
713	**CISPLATINUM**	D41	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
714	**CISPLATINUM**	D41.0	NERKA
715	**CISPLATINUM**	D41.1	MIEDNICZKA NERKOWA
716	**CISPLATINUM**	D41.2	MOCZOWÓD
717	**CISPLATINUM**	D41.3	CEWKA MOCZOWA
718	**CISPLATINUM**	D41.4	PĘCHERZ MOCZOWY
719	**CISPLATINUM**	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
720	**CISPLATINUM**	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
721	**CISPLATINUM**	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
722	**CISPLATINUM**	D42.0	OPONY MÓZGOWE
723	**CISPLATINUM**	D42.1	OPONY RDZENIOWE
724	**CISPLATINUM**	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
725	**CISPLATINUM**	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
726	**CISPLATINUM**	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
727	**CISPLATINUM**	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
728	**CISPLATINUM**	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
729	**CISPLATINUM**	D43.3	NERWY CZASZKOWE
730	**CISPLATINUM**	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
731	**CISPLATINUM**	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
732	**CISPLATINUM**	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
733	**CISPLATINUM**	D44	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
734	**CISPLATINUM**	D44.0	TARCZYCA
735	**CISPLATINUM**	D44.1	NADNERCZA
736	**CISPLATINUM**	D44.2	PRZYTARCZYCE
737	**CISPLATINUM**	D44.3	PRZYSADKA
738	**CISPLATINUM**	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
739	**CISPLATINUM**	D44.5	SZYSZYNKA
740	**CISPLATINUM**	D44.6	KŁĘBEK SZYJNY
741	**CISPLATINUM**	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
742	**CISPLATINUM**	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
743	**CISPLATINUM**	D44.9	GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE
744	**CISPLATINUM**	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)
745	**CISPLATINUM**	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
746	**CISPLATINUM**	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
747	**CISPLATINUM**	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
748	**CISPLATINUM**	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
749	**CISPLATINUM**	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
750	**CISPLATINUM**	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
751	**CISPLATINUM**	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
752	**CISPLATINUM**	D48.4	OTRZEWNA
753	**CISPLATINUM**	D48.5	SKÓRA
754	**CISPLATINUM**	D48.6	SUTEK
755	**CISPLATINUM**	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
756	**CISPLATINUM**	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
757	**CISPLATINUM**	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
758	**CISPLATINUM**	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
759	**CISPLATINUM**	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
760	**CISPLATINUM**	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE,POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
761	**CISPLATINUM**	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA,POSTAĆ NEUROPATYCZNA
762	**CISPLATINUM**	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
763	**CISPLATINUM**	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
764	**CISPLATINUM**	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
765	**CISPLATINUM**	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
766	**CISPLATINUM**	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.12.

CLADRIBINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**CLADRIBINUM**	D76	NIEKTÓRE CHOROBY DOTYCZĄCE UKŁADU SIATECZKOWO-ŚRÓDBŁONKOWEGO I CHŁONNEGO
2	**CLADRIBINUM**	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
3	**CLADRIBINUM**	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
4	**CLADRIBINUM**	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM
5	**CLADRIBINUM**	D76.3	INNE ZESPOŁY HISTIOCYTOWE
6	**CLADRIBINUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
7	**CLADRIBINUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
8	**CLADRIBINUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
9	**CLADRIBINUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
10	**CLADRIBINUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
11	**CLADRIBINUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
12	**CLADRIBINUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
13	**CLADRIBINUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
14	**CLADRIBINUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
15	**CLADRIBINUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
16	**CLADRIBINUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
17	**CLADRIBINUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
18	**CLADRIBINUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
19	**CLADRIBINUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
20	**CLADRIBINUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
21	**CLADRIBINUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
22	**CLADRIBINUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
23	**CLADRIBINUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
24	**CLADRIBINUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
25	**CLADRIBINUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
26	**CLADRIBINUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
27	**CLADRIBINUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
28	**CLADRIBINUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
29	**CLADRIBINUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
30	**CLADRIBINUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
31	**CLADRIBINUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
32	**CLADRIBINUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
33	**CLADRIBINUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
34	**CLADRIBINUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
35	**CLADRIBINUM**	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
36	**CLADRIBINUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
37	**CLADRIBINUM**	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
38	**CLADRIBINUM**	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
39	**CLADRIBINUM**	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
40	**CLADRIBINUM**	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
41	**CLADRIBINUM**	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
42	**CLADRIBINUM**	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
43	**CLADRIBINUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
44	**CLADRIBINUM**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
45	**CLADRIBINUM**	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
46	**CLADRIBINUM**	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
47	**CLADRIBINUM**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
48	**CLADRIBINUM**	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
49	**CLADRIBINUM**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
50	**CLADRIBINUM**	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
51	**CLADRIBINUM**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
52	**CLADRIBINUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
53	**CLADRIBINUM**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
54	**CLADRIBINUM**	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
55	**CLADRIBINUM**	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
56	**CLADRIBINUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
57	**CLADRIBINUM**	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
58	**CLADRIBINUM**	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
59	**CLADRIBINUM**	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
60	**CLADRIBINUM**	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
61	**CLADRIBINUM**	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
62	**CLADRIBINUM**	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
63	**CLADRIBINUM**	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
64	**CLADRIBINUM**	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
65	**CLADRIBINUM**	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
66	**CLADRIBINUM**	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
67	**CLADRIBINUM**	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
68	**CLADRIBINUM**	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
69	**CLADRIBINUM**	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
70	**CLADRIBINUM**	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
71	**CLADRIBINUM**	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
72	**CLADRIBINUM**	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
73	**CLADRIBINUM**	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
74	**CLADRIBINUM**	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
75	**CLADRIBINUM**	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
76	**CLADRIBINUM**	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
77	**CLADRIBINUM**	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
78	**CLADRIBINUM**	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
79	**CLADRIBINUM**	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
80	**CLADRIBINUM**	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
81	**CLADRIBINUM**	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
82	**CLADRIBINUM**	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
83	**CLADRIBINUM**	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
84	**CLADRIBINUM**	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
85	**CLADRIBINUM**	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
86	**CLADRIBINUM**	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
87	**CLADRIBINUM**	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
88	**CLADRIBINUM**	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW
89	**CLADRIBINUM**	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
90	**CLADRIBINUM**	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ

Załącznik C.13.

CYKLOPHOSPHAMIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA
21	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C03.0	DZIĄSŁO GÓRNE
22	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C03.1	DZIĄSŁO DOLNE
23	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C03.9	DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE
24	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C05.2	JĘZYCZEK
33	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C10.4	SZCZELINA SKRZELOWA
58	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU GRUSZKOWATEGO
68	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
79	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C16.0	WPUST
80	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
81	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
82	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
83	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C16.4	ODŹWIERNIK
84	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
85	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
86	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
87	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
88	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
89	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C17.0	DWUNASTNICA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
90	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C17.1	JELITO CZCZE
91	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C17.2	JELITO KRĘTE
92	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C17.3	UCHYŁEK MECKELA
93	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
94	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
95	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
96	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C18.0	JELITO ŚLEPE
97	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
98	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
99	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
100	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
101	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
102	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
103	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C18.7	ESICA
104	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
105	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
106	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
107	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
108	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
109	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
110	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C21.1	KANAŁ ODBYTU
111	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
112	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
113	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
114	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
115	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
116	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
117	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
118	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
119	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
120	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
121	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
122	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
123	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE
124	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
125	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
126	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
127	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
128	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
129	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C25.1	TRZON TRZUSTKI
130	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C25.2	OGON TRZUSTKI
131	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
132	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
133	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
134	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
135	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
136	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
137	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
138	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C26.1	ŚLEDZIONA
139	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
140	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
141	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
142	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C30.0	JAMA NOSOWA
143	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
144	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
145	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
146	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
147	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
148	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C31.3	ZATOKA KLINOWA
149	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
150	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
151	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C33	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TCHAWICY
152	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
153	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
154	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
155	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
156	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
157	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
158	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
159	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C37	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
160	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
161	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C38.0	SERCE
162	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
163	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
164	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
165	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C38.4	OPŁUCNA
166	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
167	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C39	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
168	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
169	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
170	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
171	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
172	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
173	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
174	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
175	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
176	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
177	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
178	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
179	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
180	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C41.1	ŻUCHWA
181	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
182	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
183	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
184	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
185	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
186	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
187	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
188	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
189	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
190	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
191	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
192	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
193	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
194	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
195	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
196	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
197	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C44	INNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE SKÓRY
198	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C44.0	SKÓRA WARGI
199	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C44.1	SKÓRA POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
200	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C44.2	SKÓRA UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
201	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C44.3	SKÓRA INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
202	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C44.4	SKÓRA OWŁOSIONA GŁOWY I SZYI
203	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C44.5	SKÓRA TUŁOWIA
204	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C44.6	SKÓRA KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
205	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C44.7	SKÓRA KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
206	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C44.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE OKREŚLONE KODAMI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
207	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C44.9	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
208	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
209	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
210	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
211	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
212	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
213	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
214	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
215	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
216	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
217	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
218	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
219	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
220	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
221	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
222	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
223	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
224	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
225	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
226	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
227	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
228	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
229	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
230	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
231	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
232	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
233	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
234	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
235	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
236	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
237	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
238	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
239	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
240	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
241	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
242	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
243	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
244	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
245	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
246	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C51.2	ŁECHTACZKA
247	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
248	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
249	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C52	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
250	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
251	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
252	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
253	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
254	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
255	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
256	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C54.0	CIEŚŃ MACICY
257	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
258	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
259	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C54.3	DNO MACICY
260	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
261	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
262	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
263	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
264	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
265	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
266	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY
267	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
268	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C57.3	PRZYMACICZA
269	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
270	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
271	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
272	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
273	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C58	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA
274	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C60	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA
275	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C60.0	NAPLETEK
276	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C60.1	ŻOŁĄDŹ PRĄCIA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
277	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C60.2	TRZON PRĄCIA
278	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C60.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA
279	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C60.9	PRĄCIE, NIEOKREŚLONE
280	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
281	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
282	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
283	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
284	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
285	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C63	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
286	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C63.0	NAJĄDRZE
287	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
288	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C63.2	MOSZNA
289	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
290	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
291	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
292	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
293	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
294	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
295	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
296	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
297	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO
298	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
299	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
300	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
301	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
302	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
303	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C67.7	MOCZOWNIK
304	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
305	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
306	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C68	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
307	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C68.0	CEWKA MOCZOWA
308	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
309	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
310	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
311	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C69	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA
312	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C69.0	SPOJÓWKA
313	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C69.1	ROGÓWKA
314	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C69.2	SIATKÓWKA
315	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C69.3	NACZYNIÓWKA
316	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
317	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
318	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C69.6	OCZODÓŁ
319	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
320	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
321	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C70	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON
322	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C70.0	OPONY MÓZGOWE
323	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C70.1	OPONY RDZENIOWE
324	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C70.9	OPONY, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
325	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
326	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
327	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
328	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
329	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
330	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
331	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
332	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C71.6	MÓŻDŻEK
333	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C71.7	PIEŃ MÓZGU
334	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
335	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
336	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
337	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
338	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C72.1	OGON KOŃSKI
339	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C72.2	NERW WĘCHOWY
340	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C72.3	NERW WZROKOWY
341	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
342	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
343	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
344	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
345	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
346	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
347	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C74.0	KORA NADNERCZY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
348	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
349	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
350	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
351	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
352	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
353	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
354	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C75.3	SZYSZYNKA
355	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
356	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
357	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
358	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
359	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH
360	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
361	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
362	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C76.2	BRZUCH
363	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C76.3	MIEDNICA
364	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
365	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
366	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
367	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
368	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
369	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
370	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
371	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ
372	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY
373	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY
374	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
375	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
376	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
377	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGI I TRAWIENNEGO
378	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
379	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
380	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
381	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
382	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
383	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
384	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
385	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
386	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
387	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
388	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
389	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
390	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
391	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
392	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
393	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
394	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
395	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
396	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
397	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
398	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C81	CHOROBA HODGKINA
399	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
400	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
401	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
402	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
403	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
404	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
405	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
406	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
407	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
408	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
409	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
410	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
411	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
412	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
413	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
414	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
415	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
416	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
417	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
418	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
419	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
420	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
421	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
422	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
423	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
424	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
425	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
426	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
427	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
428	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
429	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
430	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
431	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
432	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
433	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
434	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
435	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
436	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
437	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
438	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
439	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
440	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
441	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
442	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C90.0	SZPICZAK MNOGI
443	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
444	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
445	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
446	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
447	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
448	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
449	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
450	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
451	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
452	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
453	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
454	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
455	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
456	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
457	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
458	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
459	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
460	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
461	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
462	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
463	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
464	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
465	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
466	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
467	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
468	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
469	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
470	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
471	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
472	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
473	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
474	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
475	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
476	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
477	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
478	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
479	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
480	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
481	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
482	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
483	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
484	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
485	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
486	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
487	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
488	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
489	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
490	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
491	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
492	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D01.0	OKRĘŻNICA
493	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
494	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D01.2	ODBYTNICA
495	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
496	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA
497	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D01.5	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
498	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D01.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE
499	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D01.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
500	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D03	CZERNIAK IN SITU
501	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
502	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
503	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
504	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
505	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
506	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
507	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
508	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
509	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
510	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
511	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY
512	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D06.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
513	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D06.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
514	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D06.7	INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY
515	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D06.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
516	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
517	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D07.0	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
518	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D07.1	SROM
519	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D07.2	POCHWA
520	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D07.3	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE
521	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D07.4	PRĄCIE
522	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D07.5	GRUCZOŁ KROKOWY
523	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D07.6	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
524	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
525	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D09.0	PĘCHERZ MOCZOWY
526	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D09.1	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
527	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D09.2	OKO
528	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D09.3	TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
529	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D09.7	RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
530	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D09.9	RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
531	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D10	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
532	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D10.0	WARGA
533	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D10.1	JĘZYK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
534	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D10.2	DNO JAMY USTNEJ
535	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D10.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ
536	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D10.4	MIGDAŁEK
537	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D10.5	INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE
538	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
539	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D10.7	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA
540	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
541	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
542	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
543	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
544	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
545	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY,ODBYTNICY,ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
546	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D12.0	JELITO ŚLEPE
547	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
548	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
549	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
550	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
551	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
552	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
553	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
554	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D12.8	ODBYTNICA
555	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
556	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
557	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D13.0	PRZEŁYK
558	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D13.1	ŻOŁĄDEK
559	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D13.2	DWUNASTNICA
560	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
561	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D13.4	WĄTROBA
562	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D13.5	DROGI ŻÓŁCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE
563	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D13.6	TRZUSTKA
564	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D13.7	WYSPY TRZUSTKI
565	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D13.9	NIEDOKŁADNIE OKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
566	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D14	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
567	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D14.0	UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE
568	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D14.1	KRTAŃ
569	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D14.2	TCHAWICA
570	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D14.3	OSKRZELA I PŁUCA
571	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D14.4	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE
572	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
573	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D15.0	GRASICA
574	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D15.1	SERCE
575	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D15.2	ŚRÓDPIERSIE
576	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
577	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
578	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
579	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
580	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
581	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D16.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
582	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
583	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
584	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D16.5	ŻUCHWA
585	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D16.6	KRĘGOSŁUP
586	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
587	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
588	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
589	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D18	NACZYNIAKI KRWIONOŚNE I NACZYNIAKI CHŁONNE JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
590	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D18.0	NACZYNIAK KRWIONOŚNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
591	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D18.1	NACZYNIAK CHŁONNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
592	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D19	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE MIĘDZYBŁONKA
593	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D19.0	MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ
594	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D19.1	MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ
595	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D19.7	MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
596	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D19.9	MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY
597	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
598	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D20.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
599	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D20.1	OTRZEWNA
600	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
601	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
602	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
603	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
604	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
605	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA
606	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
607	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
608	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE
609	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
610	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
611	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D28.0	SROM
612	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D28.1	POCHWA
613	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D28.2	JAJOWODY I WIĘZADŁA
614	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D28.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
615	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D28.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
616	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D29	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
617	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D29.0	PRĄCIE
618	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D29.1	GRUCZOŁ KROKOWY
619	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D29.2	JĄDRO
620	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D29.3	NAJĄDRZE
621	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D29.4	MOSZNA
622	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D29.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
623	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D29.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
624	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D30	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
625	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D30.0	NERKA
626	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA
627	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D30.2	MOCZOWÓD
628	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D30.3	PĘCHERZ MOCZOWY
629	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D30.4	CEWKA MOCZOWA
630	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
631	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
632	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA
633	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D31.0	SPOJÓWKA
634	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D31.1	ROGÓWKA
635	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D31.2	SIATKÓWKA
636	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D31.3	NACZYNIÓWKA
637	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE
638	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
639	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
640	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
641	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH
642	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D32.0	OPONY MÓZGOWE
643	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D32.1	OPONY RDZENIOWE
644	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
645	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
646	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
647	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
648	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
649	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D33.3	NERWY CZASZKOWE
650	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY
651	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
652	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY
653	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
654	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D35	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
655	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D35.0	NADNERCZA
656	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D35.1	PRZYTARCZYCE
657	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D35.2	PRZYSADKA
658	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D35.3	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
659	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D35.4	SZYSZYNKA
660	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D35.5	KŁĘBEK SZYJNY
661	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
662	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
663	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D35.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
664	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
665	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
666	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D36.0	WĘZŁY CHŁONNE
667	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
668	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
669	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
670	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
671	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D37.0	WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
672	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D37.1	ŻOŁĄDEK
673	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D37.2	JELITO CIENKIE
674	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D37.3	JELIO ŚLEPE
675	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D37.4	OKRĘŻNICA
676	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D37.5	ODBYTNICA
677	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D37.6	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
678	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D37.7	INNE NARZĄDY TRAWIENNE
679	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D37.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
680	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D38	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ
681	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D38.0	KRTAŃ
682	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D38.1	TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA
683	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D38.2	OPŁUCNA
684	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D38.3	ŚRÓDPIERSIE
685	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D38.4	GRASICA
686	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
687	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
688	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
689	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D39.0	MACICA
690	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D39.1	JAJNIK
691	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D39.2	ŁOŻYSKO
692	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
693	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
694	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
695	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
696	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D40.1	JĄDRO
697	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
698	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
699	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D41	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
700	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D41.0	NERKA
701	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D41.1	MIEDNICZKA NERKOWA
702	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D41.2	MOCZOWÓD
703	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D41.3	CEWKA MOCZOWA
704	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D41.4	PĘCHERZ MOCZOWY
705	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
706	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
707	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
708	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D42.0	OPONY MÓZGOWE
709	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D42.1	OPONY RDZENIOWE
710	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
711	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
712	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
713	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
714	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
715	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D43.3	NERWY CZASZKOWE
716	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
717	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
718	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
719	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D44	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
720	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D44.0	TARCZYCA
721	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D44.1	NADNERCZA
722	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D44.2	PRZYTARCZYCE
723	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D44.3	PRZYSADKA
724	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
725	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D44.5	SZYSZYNKA
726	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D44.6	KŁĘBEK SZYJNY
727	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
728	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
729	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D44.9	GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE
730	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
731	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
732	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
733	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW
734	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
735	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
736	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
737	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY
738	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)
739	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
740	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
741	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
742	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
743	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
744	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
745	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
746	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D48.4	OTRZEWNA
747	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D48.5	SKÓRA
748	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D48.6	SUTEK
749	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
750	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
751	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
752	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
753	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM
754	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
755	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE,POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
756	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA,POSTAĆ NEUROPATYCZNA
757	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
758	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
759	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
760	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	E85.8	INNE AMYLOIDOZY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
761	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.14.

CYTARABINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**CYTARABINUM**	C69	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA
2	**CYTARABINUM**	C69.0	SPOJÓWKA
3	**CYTARABINUM**	C69.1	ROGÓWKA
4	**CYTARABINUM**	C69.2	SIATKÓWKA
5	**CYTARABINUM**	C69.3	NACZYNIÓWKA
6	**CYTARABINUM**	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
7	**CYTARABINUM**	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
8	**CYTARABINUM**	C69.6	OCZODÓŁ
9	**CYTARABINUM**	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
10	**CYTARABINUM**	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
11	**CYTARABINUM**	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
12	**CYTARABINUM**	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
13	**CYTARABINUM**	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
14	**CYTARABINUM**	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
15	**CYTARABINUM**	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
16	**CYTARABINUM**	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
17	**CYTARABINUM**	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
18	**CYTARABINUM**	C71.6	MÓŻDŻEK
19	**CYTARABINUM**	C71.7	PIEŃ MÓZGU
20	**CYTARABINUM**	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21	**CYTARABINUM**	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
22	**CYTARABINUM**	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
23	**CYTARABINUM**	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
24	**CYTARABINUM**	C72.1	OGON KOŃSKI
25	**CYTARABINUM**	C72.2	NERW WĘCHOWY
26	**CYTARABINUM**	C72.3	NERW WZROKOWY
27	**CYTARABINUM**	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
28	**CYTARABINUM**	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
29	**CYTARABINUM**	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
30	**CYTARABINUM**	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
31	**CYTARABINUM**	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
32	**CYTARABINUM**	C74.0	KORA NADNERCZY
33	**CYTARABINUM**	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
34	**CYTARABINUM**	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
35	**CYTARABINUM**	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
36	**CYTARABINUM**	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
37	**CYTARABINUM**	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
38	**CYTARABINUM**	C76.2	BRZUCH
39	**CYTARABINUM**	C76.3	MIEDNICA
40	**CYTARABINUM**	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
41	**CYTARABINUM**	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
42	**CYTARABINUM**	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43	**CYTARABINUM**	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
44	**CYTARABINUM**	C81	CHOROBA HODGKINA
45	**CYTARABINUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
46	**CYTARABINUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
47	**CYTARABINUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
48	**CYTARABINUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
49	**CYTARABINUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
50	**CYTARABINUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
51	**CYTARABINUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
52	**CYTARABINUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
53	**CYTARABINUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
54	**CYTARABINUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
55	**CYTARABINUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
56	**CYTARABINUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
57	**CYTARABINUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
58	**CYTARABINUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
59	**CYTARABINUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
60	**CYTARABINUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
61	**CYTARABINUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
62	**CYTARABINUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
63	**CYTARABINUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
64	**CYTARABINUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
65	**CYTARABINUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
66	**CYTARABINUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
67	**CYTARABINUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
68	**CYTARABINUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
69	**CYTARABINUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
70	**CYTARABINUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
71	**CYTARABINUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
72	**CYTARABINUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
73	**CYTARABINUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
74	**CYTARABINUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
75	**CYTARABINUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
76	**CYTARABINUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
77	**CYTARABINUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
78	**CYTARABINUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
79	**CYTARABINUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
80	**CYTARABINUM**	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
81	**CYTARABINUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
82	**CYTARABINUM**	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
83	**CYTARABINUM**	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
84	**CYTARABINUM**	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
85	**CYTARABINUM**	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
86	**CYTARABINUM**	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
87	**CYTARABINUM**	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
88	**CYTARABINUM**	C90.0	SZPICZAK MNOGI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
89	**CYTARABINUM**	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
90	**CYTARABINUM**	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
91	**CYTARABINUM**	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
92	**CYTARABINUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
93	**CYTARABINUM**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
94	**CYTARABINUM**	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
95	**CYTARABINUM**	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
96	**CYTARABINUM**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
97	**CYTARABINUM**	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
98	**CYTARABINUM**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
99	**CYTARABINUM**	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
100	**CYTARABINUM**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
101	**CYTARABINUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
102	**CYTARABINUM**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
103	**CYTARABINUM**	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
104	**CYTARABINUM**	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
105	**CYTARABINUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
106	**CYTARABINUM**	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
107	**CYTARABINUM**	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
108	**CYTARABINUM**	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
109	**CYTARABINUM**	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
110	**CYTARABINUM**	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
111	**CYTARABINUM**	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
112	**CYTARABINUM**	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
113	**CYTARABINUM**	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
114	**CYTARABINUM**	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
115	**CYTARABINUM**	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
116	**CYTARABINUM**	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
117	**CYTARABINUM**	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
118	**CYTARABINUM**	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
119	**CYTARABINUM**	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
120	**CYTARABINUM**	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
121	**CYTARABINUM**	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
122	**CYTARABINUM**	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
123	**CYTARABINUM**	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
124	**CYTARABINUM**	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
125	**CYTARABINUM**	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
126	**CYTARABINUM**	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
127	**CYTARABINUM**	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
128	**CYTARABINUM**	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
129	**CYTARABINUM**	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
130	**CYTARABINUM**	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
131	**CYTARABINUM**	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
132	**CYTARABINUM**	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
133	**CYTARABINUM**	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
134	**CYTARABINUM**	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
135	**CYTARABINUM**	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
136	**CYTARABINUM**	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
137	**CYTARABINUM**	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
138	**CYTARABINUM**	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
139	**CYTARABINUM**	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
140	**CYTARABINUM**	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW
141	**CYTARABINUM**	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
142	**CYTARABINUM**	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
143	**CYTARABINUM**	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
144	**CYTARABINUM**	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY
145	**CYTARABINUM**	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
146	**CYTARABINUM**	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
147	**CYTARABINUM**	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
148	**CYTARABINUM**	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE,POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
149	**CYTARABINUM**	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA,POSTAĆ NEUROPATYCZNA
150	**CYTARABINUM**	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
151	**CYTARABINUM**	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
152	**CYTARABINUM**	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
153	**CYTARABINUM**	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
154	**CYTARABINUM**	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.16.

DACARBAZINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**DACARBAZINUM**	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2	**DACARBAZINUM**	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3	**DACARBAZINUM**	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4	**DACARBAZINUM**	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5	**DACARBAZINUM**	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6	**DACARBAZINUM**	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7	**DACARBAZINUM**	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8	**DACARBAZINUM**	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9	**DACARBAZINUM**	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10	**DACARBAZINUM**	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11	**DACARBAZINUM**	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12	**DACARBAZINUM**	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13	**DACARBAZINUM**	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14	**DACARBAZINUM**	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15	**DACARBAZINUM**	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16	**DACARBAZINUM**	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17	**DACARBAZINUM**	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18	**DACARBAZINUM**	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19	**DACARBAZINUM**	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20	**DACARBAZINUM**	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA
21	**DACARBAZINUM**	C03.0	DZIĄSŁO GÓRNE
22	**DACARBAZINUM**	C03.1	DZIĄSŁO DOLNE
23	**DACARBAZINUM**	C03.9	DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE
24	**DACARBAZINUM**	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25	**DACARBAZINUM**	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26	**DACARBAZINUM**	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27	**DACARBAZINUM**	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28	**DACARBAZINUM**	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29	**DACARBAZINUM**	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30	**DACARBAZINUM**	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31	**DACARBAZINUM**	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32	**DACARBAZINUM**	C05.2	JĘZYCZEK
33	**DACARBAZINUM**	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34	**DACARBAZINUM**	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35	**DACARBAZINUM**	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36	**DACARBAZINUM**	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37	**DACARBAZINUM**	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38	**DACARBAZINUM**	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39	**DACARBAZINUM**	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40	**DACARBAZINUM**	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41	**DACARBAZINUM**	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	**DACARBAZINUM**	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43	**DACARBAZINUM**	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44	**DACARBAZINUM**	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45	**DACARBAZINUM**	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46	**DACARBAZINUM**	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47	**DACARBAZINUM**	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48	**DACARBAZINUM**	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49	**DACARBAZINUM**	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50	**DACARBAZINUM**	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51	**DACARBAZINUM**	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52	**DACARBAZINUM**	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53	**DACARBAZINUM**	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54	**DACARBAZINUM**	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55	**DACARBAZINUM**	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56	**DACARBAZINUM**	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57	**DACARBAZINUM**	C10.4	SZCZELINA SKRZELOWA
58	**DACARBAZINUM**	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59	**DACARBAZINUM**	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60	**DACARBAZINUM**	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61	**DACARBAZINUM**	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62	**DACARBAZINUM**	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63	**DACARBAZINUM**	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64	**DACARBAZINUM**	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65	**DACARBAZINUM**	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	**DACARBAZINUM**	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67	**DACARBAZINUM**	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU GRUSZKOWATEGO
68	**DACARBAZINUM**	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	**DACARBAZINUM**	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70	**DACARBAZINUM**	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71	**DACARBAZINUM**	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72	**DACARBAZINUM**	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73	**DACARBAZINUM**	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74	**DACARBAZINUM**	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75	**DACARBAZINUM**	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76	**DACARBAZINUM**	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77	**DACARBAZINUM**	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78	**DACARBAZINUM**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
79	**DACARBAZINUM**	C16.0	WPUST
80	**DACARBAZINUM**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
81	**DACARBAZINUM**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
82	**DACARBAZINUM**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
83	**DACARBAZINUM**	C16.4	ODŹWIERNIK
84	**DACARBAZINUM**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
85	**DACARBAZINUM**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
86	**DACARBAZINUM**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
87	**DACARBAZINUM**	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
88	**DACARBAZINUM**	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
89	**DACARBAZINUM**	C17.0	DWUNASTNICA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
90	**DACARBAZINUM**	C17.1	JELITO CZCZE
91	**DACARBAZINUM**	C17.2	JELITO KRĘTE
92	**DACARBAZINUM**	C17.3	UCHYŁEK MECKELA
93	**DACARBAZINUM**	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
94	**DACARBAZINUM**	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
95	**DACARBAZINUM**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
96	**DACARBAZINUM**	C18.0	JELITO ŚLEPE
97	**DACARBAZINUM**	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
98	**DACARBAZINUM**	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
99	**DACARBAZINUM**	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
100	**DACARBAZINUM**	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
101	**DACARBAZINUM**	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
102	**DACARBAZINUM**	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
103	**DACARBAZINUM**	C18.7	ESICA
104	**DACARBAZINUM**	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
105	**DACARBAZINUM**	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
106	**DACARBAZINUM**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
107	**DACARBAZINUM**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
108	**DACARBAZINUM**	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
109	**DACARBAZINUM**	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
110	**DACARBAZINUM**	C21.1	KANAŁ ODBYTU
111	**DACARBAZINUM**	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
112	**DACARBAZINUM**	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
113	**DACARBAZINUM**	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
114	**DACARBAZINUM**	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
115	**DACARBAZINUM**	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
116	**DACARBAZINUM**	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
117	**DACARBAZINUM**	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
118	**DACARBAZINUM**	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
119	**DACARBAZINUM**	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
120	**DACARBAZINUM**	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
121	**DACARBAZINUM**	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
122	**DACARBAZINUM**	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
123	**DACARBAZINUM**	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE
124	**DACARBAZINUM**	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
125	**DACARBAZINUM**	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
126	**DACARBAZINUM**	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
127	**DACARBAZINUM**	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
128	**DACARBAZINUM**	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
129	**DACARBAZINUM**	C25.1	TRZON TRZUSTKI
130	**DACARBAZINUM**	C25.2	OGON TRZUSTKI
131	**DACARBAZINUM**	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
132	**DACARBAZINUM**	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
133	**DACARBAZINUM**	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
134	**DACARBAZINUM**	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
135	**DACARBAZINUM**	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
136	**DACARBAZINUM**	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
137	**DACARBAZINUM**	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
138	**DACARBAZINUM**	C26.1	ŚLEDZIONA
139	**DACARBAZINUM**	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
140	**DACARBAZINUM**	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
141	**DACARBAZINUM**	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
142	**DACARBAZINUM**	C30.0	JAMA NOSOWA
143	**DACARBAZINUM**	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
144	**DACARBAZINUM**	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
145	**DACARBAZINUM**	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
146	**DACARBAZINUM**	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
147	**DACARBAZINUM**	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
148	**DACARBAZINUM**	C31.3	ZATOKA KLINOWA
149	**DACARBAZINUM**	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
150	**DACARBAZINUM**	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
151	**DACARBAZINUM**	C37	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
152	**DACARBAZINUM**	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
153	**DACARBAZINUM**	C38.0	SERCE
154	**DACARBAZINUM**	C38.1	ŚRÓDPIERSIE PRZEDNIE
155	**DACARBAZINUM**	C38.2	ŚRÓDPIERSIE TYLNE
156	**DACARBAZINUM**	C38.3	ŚRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
157	**DACARBAZINUM**	C38.4	OPŁUCNA
158	**DACARBAZINUM**	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
159	**DACARBAZINUM**	C39	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
160	**DACARBAZINUM**	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
161	**DACARBAZINUM**	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
162	**DACARBAZINUM**	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
163	**DACARBAZINUM**	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
164	**DACARBAZINUM**	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
165	**DACARBAZINUM**	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
166	**DACARBAZINUM**	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
167	**DACARBAZINUM**	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
168	**DACARBAZINUM**	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
169	**DACARBAZINUM**	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
170	**DACARBAZINUM**	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
171	**DACARBAZINUM**	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
172	**DACARBAZINUM**	C41.1	ŻUCHWA
173	**DACARBAZINUM**	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
174	**DACARBAZINUM**	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA
175	**DACARBAZINUM**	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
176	**DACARBAZINUM**	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
177	**DACARBAZINUM**	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
178	**DACARBAZINUM**	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
179	**DACARBAZINUM**	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
180	**DACARBAZINUM**	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
181	**DACARBAZINUM**	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
182	**DACARBAZINUM**	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
183	**DACARBAZINUM**	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
184	**DACARBAZINUM**	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
185	**DACARBAZINUM**	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
186	**DACARBAZINUM**	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
187	**DACARBAZINUM**	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
188	**DACARBAZINUM**	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
189	**DACARBAZINUM**	C44	INNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE SKÓRY
190	**DACARBAZINUM**	C44.0	SKÓRA WARGI
191	**DACARBAZINUM**	C44.1	SKÓRA POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
192	**DACARBAZINUM**	C44.2	SKÓRA UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
193	**DACARBAZINUM**	C44.3	SKÓRA INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
194	**DACARBAZINUM**	C44.4	SKÓRA OWŁOSIONA GŁOWY I SZYI
195	**DACARBAZINUM**	C44.5	SKÓRA TUŁOWIA
196	**DACARBAZINUM**	C44.6	SKÓRA KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
197	**DACARBAZINUM**	C44.7	SKÓRA KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
198	**DACARBAZINUM**	C44.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE OKREŚLONE KODAMI
199	**DACARBAZINUM**	C44.9	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
200	**DACARBAZINUM**	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
201	**DACARBAZINUM**	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
202	**DACARBAZINUM**	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
203	**DACARBAZINUM**	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
204	**DACARBAZINUM**	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
205	**DACARBAZINUM**	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
206	**DACARBAZINUM**	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
207	**DACARBAZINUM**	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
208	**DACARBAZINUM**	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
209	**DACARBAZINUM**	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
210	**DACARBAZINUM**	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
211	**DACARBAZINUM**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
212	**DACARBAZINUM**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
213	**DACARBAZINUM**	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
214	**DACARBAZINUM**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
215	**DACARBAZINUM**	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
216	**DACARBAZINUM**	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
217	**DACARBAZINUM**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
218	**DACARBAZINUM**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
219	**DACARBAZINUM**	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
220	**DACARBAZINUM**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
221	**DACARBAZINUM**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
222	**DACARBAZINUM**	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
223	**DACARBAZINUM**	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
224	**DACARBAZINUM**	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
225	**DACARBAZINUM**	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
226	**DACARBAZINUM**	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
227	**DACARBAZINUM**	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
228	**DACARBAZINUM**	C51.2	ŁECHTACZKA
229	**DACARBAZINUM**	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
230	**DACARBAZINUM**	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
231	**DACARBAZINUM**	C52	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
232	**DACARBAZINUM**	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
233	**DACARBAZINUM**	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
234	**DACARBAZINUM**	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
235	**DACARBAZINUM**	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
236	**DACARBAZINUM**	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
237	**DACARBAZINUM**	C54.0	CIEŚŃ MACICY
238	**DACARBAZINUM**	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
239	**DACARBAZINUM**	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
240	**DACARBAZINUM**	C54.3	DNO MACICY
241	**DACARBAZINUM**	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
242	**DACARBAZINUM**	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
243	**DACARBAZINUM**	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
244	**DACARBAZINUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
245	**DACARBAZINUM**	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
246	**DACARBAZINUM**	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
247	**DACARBAZINUM**	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY
248	**DACARBAZINUM**	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
249	**DACARBAZINUM**	C57.3	PRZYMACICZA
250	**DACARBAZINUM**	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
251	**DACARBAZINUM**	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
252	**DACARBAZINUM**	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
253	**DACARBAZINUM**	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
254	**DACARBAZINUM**	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
255	**DACARBAZINUM**	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
256	**DACARBAZINUM**	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
257	**DACARBAZINUM**	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
258	**DACARBAZINUM**	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
259	**DACARBAZINUM**	C63	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
260	**DACARBAZINUM**	C63.0	NAJĄDRZE
261	**DACARBAZINUM**	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
262	**DACARBAZINUM**	C63.2	MOSZNA
263	**DACARBAZINUM**	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
264	**DACARBAZINUM**	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
265	**DACARBAZINUM**	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
266	**DACARBAZINUM**	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
267	**DACARBAZINUM**	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
268	**DACARBAZINUM**	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
269	**DACARBAZINUM**	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
270	**DACARBAZINUM**	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
271	**DACARBAZINUM**	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO
272	**DACARBAZINUM**	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
273	**DACARBAZINUM**	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
274	**DACARBAZINUM**	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
275	**DACARBAZINUM**	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
276	**DACARBAZINUM**	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
277	**DACARBAZINUM**	C67.7	MOCZOWNIK
278	**DACARBAZINUM**	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
279	**DACARBAZINUM**	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
280	**DACARBAZINUM**	C68	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
281	**DACARBAZINUM**	C68.0	CEWKA MOCZOWA
282	**DACARBAZINUM**	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
283	**DACARBAZINUM**	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
284	**DACARBAZINUM**	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
285	**DACARBAZINUM**	C69	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA
286	**DACARBAZINUM**	C69.0	SPOJÓWKA
287	**DACARBAZINUM**	C69.1	ROGÓWKA
288	**DACARBAZINUM**	C69.2	SIATKÓWKA
289	**DACARBAZINUM**	C69.3	NACZYNIÓWKA
290	**DACARBAZINUM**	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
291	**DACARBAZINUM**	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
292	**DACARBAZINUM**	C69.6	OCZODÓŁ
293	**DACARBAZINUM**	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
294	**DACARBAZINUM**	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
295	**DACARBAZINUM**	C70	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON
296	**DACARBAZINUM**	C70.0	OPONY MÓZGOWE
297	**DACARBAZINUM**	C70.1	OPONY RDZENIOWE
298	**DACARBAZINUM**	C70.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
299	**DACARBAZINUM**	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
300	**DACARBAZINUM**	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
301	**DACARBAZINUM**	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
302	**DACARBAZINUM**	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
303	**DACARBAZINUM**	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
304	**DACARBAZINUM**	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
305	**DACARBAZINUM**	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
306	**DACARBAZINUM**	C71.6	MÓŻDŻEK
307	**DACARBAZINUM**	C71.7	PIEŃ MÓZGU
308	**DACARBAZINUM**	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
309	**DACARBAZINUM**	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
310	**DACARBAZINUM**	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
311	**DACARBAZINUM**	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
312	**DACARBAZINUM**	C72.1	OGON KOŃSKI
313	**DACARBAZINUM**	C72.2	NERW WĘCHOWY
314	**DACARBAZINUM**	C72.3	NERW WZROKOWY
315	**DACARBAZINUM**	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
316	**DACARBAZINUM**	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
317	**DACARBAZINUM**	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
318	**DACARBAZINUM**	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
319	**DACARBAZINUM**	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
320	**DACARBAZINUM**	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
321	**DACARBAZINUM**	C74.0	KORA NADNERCZY
322	**DACARBAZINUM**	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
323	**DACARBAZINUM**	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
324	**DACARBAZINUM**	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
325	**DACARBAZINUM**	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
326	**DACARBAZINUM**	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
327	**DACARBAZINUM**	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
328	**DACARBAZINUM**	C75.3	SZYSZYNKA
329	**DACARBAZINUM**	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
330	**DACARBAZINUM**	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
331	**DACARBAZINUM**	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
332	**DACARBAZINUM**	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
333	**DACARBAZINUM**	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
334	**DACARBAZINUM**	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
335	**DACARBAZINUM**	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
336	**DACARBAZINUM**	C76.2	BRZUCH
337	**DACARBAZINUM**	C76.3	MIEDNICA
338	**DACARBAZINUM**	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
339	**DACARBAZINUM**	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
340	**DACARBAZINUM**	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
341	**DACARBAZINUM**	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
342	**DACARBAZINUM**	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
343	**DACARBAZINUM**	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
344	**DACARBAZINUM**	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
345	**DACARBAZINUM**	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
346	**DACARBAZINUM**	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY
347	**DACARBAZINUM**	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY
348	**DACARBAZINUM**	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
349	**DACARBAZINUM**	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
350	**DACARBAZINUM**	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
351	**DACARBAZINUM**	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGI I TRAWIENNEGO
352	**DACARBAZINUM**	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
353	**DACARBAZINUM**	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
354	**DACARBAZINUM**	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
355	**DACARBAZINUM**	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
356	**DACARBAZINUM**	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
357	**DACARBAZINUM**	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
358	**DACARBAZINUM**	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
359	**DACARBAZINUM**	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
360	**DACARBAZINUM**	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
361	**DACARBAZINUM**	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
362	**DACARBAZINUM**	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
363	**DACARBAZINUM**	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
364	**DACARBAZINUM**	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
365	**DACARBAZINUM**	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
366	**DACARBAZINUM**	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
367	**DACARBAZINUM**	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
368	**DACARBAZINUM**	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
369	**DACARBAZINUM**	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
370	**DACARBAZINUM**	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
371	**DACARBAZINUM**	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
372	**DACARBAZINUM**	C81	CHOROBA HODGKINA
373	**DACARBAZINUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
374	**DACARBAZINUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
375	**DACARBAZINUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
376	**DACARBAZINUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
377	**DACARBAZINUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
378	**DACARBAZINUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
379	**DACARBAZINUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
380	**DACARBAZINUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
381	**DACARBAZINUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
382	**DACARBAZINUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
383	**DACARBAZINUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
384	**DACARBAZINUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
385	**DACARBAZINUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
386	**DACARBAZINUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
387	**DACARBAZINUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
388	**DACARBAZINUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
389	**DACARBAZINUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
390	**DACARBAZINUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
391	**DACARBAZINUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
392	**DACARBAZINUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
393	**DACARBAZINUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
394	**DACARBAZINUM**	C83.8	INNE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
395	**DACARBAZINUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
396	**DACARBAZINUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
397	**DACARBAZINUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
398	**DACARBAZINUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
399	**DACARBAZINUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
400	**DACARBAZINUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
401	**DACARBAZINUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
402	**DACARBAZINUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
403	**DACARBAZINUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
404	**DACARBAZINUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
405	**DACARBAZINUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
406	**DACARBAZINUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
407	**DACARBAZINUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
408	**DACARBAZINUM**	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
409	**DACARBAZINUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
410	**DACARBAZINUM**	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
411	**DACARBAZINUM**	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
412	**DACARBAZINUM**	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
413	**DACARBAZINUM**	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
414	**DACARBAZINUM**	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
415	**DACARBAZINUM**	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
416	**DACARBAZINUM**	C90.0	SZPICZAK MNOGI
417	**DACARBAZINUM**	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
418	**DACARBAZINUM**	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
419	**DACARBAZINUM**	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
420	**DACARBAZINUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
421	**DACARBAZINUM**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
422	**DACARBAZINUM**	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
423	**DACARBAZINUM**	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
424	**DACARBAZINUM**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
425	**DACARBAZINUM**	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
426	**DACARBAZINUM**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
427	**DACARBAZINUM**	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
428	**DACARBAZINUM**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
429	**DACARBAZINUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
430	**DACARBAZINUM**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
431	**DACARBAZINUM**	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
432	**DACARBAZINUM**	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
433	**DACARBAZINUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
434	**DACARBAZINUM**	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
435	**DACARBAZINUM**	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
436	**DACARBAZINUM**	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
437	**DACARBAZINUM**	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
438	**DACARBAZINUM**	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
439	**DACARBAZINUM**	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
440	**DACARBAZINUM**	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
441	**DACARBAZINUM**	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
442	**DACARBAZINUM**	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
443	**DACARBAZINUM**	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
444	**DACARBAZINUM**	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
445	**DACARBAZINUM**	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
446	**DACARBAZINUM**	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
447	**DACARBAZINUM**	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
448	**DACARBAZINUM**	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
449	**DACARBAZINUM**	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
450	**DACARBAZINUM**	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
451	**DACARBAZINUM**	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
452	**DACARBAZINUM**	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
453	**DACARBAZINUM**	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
454	**DACARBAZINUM**	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
455	**DACARBAZINUM**	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
456	**DACARBAZINUM**	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
457	**DACARBAZINUM**	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
458	**DACARBAZINUM**	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
459	**DACARBAZINUM**	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
460	**DACARBAZINUM**	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
461	**DACARBAZINUM**	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
462	**DACARBAZINUM**	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
463	**DACARBAZINUM**	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
464	**DACARBAZINUM**	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
465	**DACARBAZINUM**	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
466	**DACARBAZINUM**	D01.0	OKRĘŻNICA
467	**DACARBAZINUM**	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
468	**DACARBAZINUM**	D01.2	ODBYTNICA
469	**DACARBAZINUM**	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
470	**DACARBAZINUM**	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA
471	**DACARBAZINUM**	D01.5	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
472	**DACARBAZINUM**	D01.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE
473	**DACARBAZINUM**	D01.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
474	**DACARBAZINUM**	D03	CZERNIAK IN SITU
475	**DACARBAZINUM**	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
476	**DACARBAZINUM**	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
477	**DACARBAZINUM**	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
478	**DACARBAZINUM**	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
479	**DACARBAZINUM**	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
480	**DACARBAZINUM**	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
481	**DACARBAZINUM**	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
482	**DACARBAZINUM**	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
483	**DACARBAZINUM**	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
484	**DACARBAZINUM**	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
485	**DACARBAZINUM**	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY
486	**DACARBAZINUM**	D06.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
487	**DACARBAZINUM**	D06.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
488	**DACARBAZINUM**	D06.7	INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY
489	**DACARBAZINUM**	D06.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
490	**DACARBAZINUM**	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
491	**DACARBAZINUM**	D07.0	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
492	**DACARBAZINUM**	D07.1	SROM
493	**DACARBAZINUM**	D07.2	POCHWA
494	**DACARBAZINUM**	D07.3	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE
495	**DACARBAZINUM**	D07.4	PRĄCIE
496	**DACARBAZINUM**	D07.5	GRUCZOŁ KROKOWY
497	**DACARBAZINUM**	D07.6	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
498	**DACARBAZINUM**	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
499	**DACARBAZINUM**	D09.0	PĘCHERZ MOCZOWY
500	**DACARBAZINUM**	D09.1	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
501	**DACARBAZINUM**	D09.2	OKO
502	**DACARBAZINUM**	D09.3	TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
503	**DACARBAZINUM**	D09.7	RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
504	**DACARBAZINUM**	D09.9	RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
505	**DACARBAZINUM**	D10	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
506	**DACARBAZINUM**	D10.0	WARGA
507	**DACARBAZINUM**	D10.1	JĘZYK
508	**DACARBAZINUM**	D10.2	DNO JAMY USTNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
509	**DACARBAZINUM**	D10.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ
510	**DACARBAZINUM**	D10.4	MIGDAŁEK
511	**DACARBAZINUM**	D10.5	INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE
512	**DACARBAZINUM**	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
513	**DACARBAZINUM**	D10.7	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA
514	**DACARBAZINUM**	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
515	**DACARBAZINUM**	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
516	**DACARBAZINUM**	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
517	**DACARBAZINUM**	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
518	**DACARBAZINUM**	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
519	**DACARBAZINUM**	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY,ODBYTNICY,ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
520	**DACARBAZINUM**	D12.0	JELITO ŚLEPE
521	**DACARBAZINUM**	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
522	**DACARBAZINUM**	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
523	**DACARBAZINUM**	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
524	**DACARBAZINUM**	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
525	**DACARBAZINUM**	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
526	**DACARBAZINUM**	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
527	**DACARBAZINUM**	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
528	**DACARBAZINUM**	D12.8	ODBYTNICA
529	**DACARBAZINUM**	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
530	**DACARBAZINUM**	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
531	**DACARBAZINUM**	D13.0	PRZEŁYK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
532	**DACARBAZINUM**	D13.1	ŻOŁĄDEK
533	**DACARBAZINUM**	D13.2	DWUNASTNICA
534	**DACARBAZINUM**	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
535	**DACARBAZINUM**	D13.4	WĄTROBA
536	**DACARBAZINUM**	D13.5	DROGI ŻÓŁCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE
537	**DACARBAZINUM**	D13.6	TRZUSTKA
538	**DACARBAZINUM**	D13.7	WYSPY TRZUSTKI
539	**DACARBAZINUM**	D13.9	NIEDOKŁADNIE OKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
540	**DACARBAZINUM**	D14	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
541	**DACARBAZINUM**	D14.0	UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE
542	**DACARBAZINUM**	D14.1	KRTAŃ
543	**DACARBAZINUM**	D14.2	TCHAWICA
544	**DACARBAZINUM**	D14.3	OSKRZELA I PŁUCA
545	**DACARBAZINUM**	D14.4	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE
546	**DACARBAZINUM**	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
547	**DACARBAZINUM**	D15.0	GRASICA
548	**DACARBAZINUM**	D15.1	SERCE
549	**DACARBAZINUM**	D15.2	ŚRÓDPIERSIE
550	**DACARBAZINUM**	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
551	**DACARBAZINUM**	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
552	**DACARBAZINUM**	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
553	**DACARBAZINUM**	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
554	**DACARBAZINUM**	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
555	**DACARBAZINUM**	D16.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
556	**DACARBAZINUM**	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
557	**DACARBAZINUM**	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
558	**DACARBAZINUM**	D16.5	ŻUCHWA
559	**DACARBAZINUM**	D16.6	KRĘGOSŁUP
560	**DACARBAZINUM**	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
561	**DACARBAZINUM**	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
562	**DACARBAZINUM**	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
563	**DACARBAZINUM**	D18	NACZYNIAKI KRWIONOŚNE I NACZYNIAKI CHŁONNE JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
564	**DACARBAZINUM**	D18.0	NACZYNIAK KRWIONOŚNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
565	**DACARBAZINUM**	D18.1	NACZYNIAK CHŁONNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
566	**DACARBAZINUM**	D19	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE MIĘDZYBŁONKA
567	**DACARBAZINUM**	D19.0	MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ
568	**DACARBAZINUM**	D19.1	MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ
569	**DACARBAZINUM**	D19.7	MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
570	**DACARBAZINUM**	D19.9	MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY
571	**DACARBAZINUM**	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
572	**DACARBAZINUM**	D20.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
573	**DACARBAZINUM**	D20.1	OTRZEWNA
574	**DACARBAZINUM**	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
575	**DACARBAZINUM**	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI
576	**DACARBAZINUM**	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
577	**DACARBAZINUM**	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
578	**DACARBAZINUM**	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
579	**DACARBAZINUM**	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA
580	**DACARBAZINUM**	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
581	**DACARBAZINUM**	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
582	**DACARBAZINUM**	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE
583	**DACARBAZINUM**	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
584	**DACARBAZINUM**	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
585	**DACARBAZINUM**	D28.0	SROM
586	**DACARBAZINUM**	D28.1	POCHWA
587	**DACARBAZINUM**	D28.2	JAJOWODY I WIĘZADŁA
588	**DACARBAZINUM**	D28.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
589	**DACARBAZINUM**	D28.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
590	**DACARBAZINUM**	D29	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
591	**DACARBAZINUM**	D29.0	PRĄCIE
592	**DACARBAZINUM**	D29.1	GRUCZOŁ KROKOWY
593	**DACARBAZINUM**	D29.2	JĄDRO
594	**DACARBAZINUM**	D29.3	NAJĄDRZE
595	**DACARBAZINUM**	D29.4	MOSZNA
596	**DACARBAZINUM**	D29.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
597	**DACARBAZINUM**	D29.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
598	**DACARBAZINUM**	D30	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
599	**DACARBAZINUM**	D30.0	NERKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
600	**DACARBAZINUM**	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA
601	**DACARBAZINUM**	D30.2	MOCZOWÓD
602	**DACARBAZINUM**	D30.3	PĘCHERZ MOCZOWY
603	**DACARBAZINUM**	D30.4	CEWKA MOCZOWA
604	**DACARBAZINUM**	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
605	**DACARBAZINUM**	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
606	**DACARBAZINUM**	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA
607	**DACARBAZINUM**	D31.0	SPOJÓWKA
608	**DACARBAZINUM**	D31.1	ROGÓWKA
609	**DACARBAZINUM**	D31.2	SIATKÓWKA
610	**DACARBAZINUM**	D31.3	NACZYNIÓWKA
611	**DACARBAZINUM**	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE
612	**DACARBAZINUM**	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
613	**DACARBAZINUM**	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
614	**DACARBAZINUM**	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
615	**DACARBAZINUM**	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH
616	**DACARBAZINUM**	D32.0	OPONY MÓZGOWE
617	**DACARBAZINUM**	D32.1	OPONY RDZENIOWE
618	**DACARBAZINUM**	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
619	**DACARBAZINUM**	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
620	**DACARBAZINUM**	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
621	**DACARBAZINUM**	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
622	**DACARBAZINUM**	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
623	**DACARBAZINUM**	D33.3	NERWY CZASZKOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
624	**DACARBAZINUM**	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY
625	**DACARBAZINUM**	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
626	**DACARBAZINUM**	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY
627	**DACARBAZINUM**	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
628	**DACARBAZINUM**	D35	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
629	**DACARBAZINUM**	D35.0	NADNERCZA
630	**DACARBAZINUM**	D35.1	PRZYTARCZYCE
631	**DACARBAZINUM**	D35.2	PRZYSADKA
632	**DACARBAZINUM**	D35.3	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
633	**DACARBAZINUM**	D35.4	SZYSZYNKA
634	**DACARBAZINUM**	D35.5	KŁĘBEK SZYJNY
635	**DACARBAZINUM**	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
636	**DACARBAZINUM**	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
637	**DACARBAZINUM**	D35.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
638	**DACARBAZINUM**	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
639	**DACARBAZINUM**	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
640	**DACARBAZINUM**	D36.0	WĘZŁY CHŁONNE
641	**DACARBAZINUM**	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
642	**DACARBAZINUM**	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
643	**DACARBAZINUM**	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
644	**DACARBAZINUM**	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
645	**DACARBAZINUM**	D37.0	WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO
646	**DACARBAZINUM**	D37.1	ŻOŁĄDEK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
647	**DACARBAZINUM**	D37.2	JELITO CIENKIE
648	**DACARBAZINUM**	D37.3	JELIO ŚLEPE
649	**DACARBAZINUM**	D37.4	OKRĘŻNICA
650	**DACARBAZINUM**	D37.5	ODBYTNICA
651	**DACARBAZINUM**	D37.6	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
652	**DACARBAZINUM**	D37.7	INNE NARZĄDY TRAWIENNE
653	**DACARBAZINUM**	D37.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
654	**DACARBAZINUM**	D38	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ
655	**DACARBAZINUM**	D38.0	KRTAŃ
656	**DACARBAZINUM**	D38.1	TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA
657	**DACARBAZINUM**	D38.2	OPŁUCNA
658	**DACARBAZINUM**	D38.3	ŚRÓDPIERSIE
659	**DACARBAZINUM**	D38.4	GRASICA
660	**DACARBAZINUM**	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
661	**DACARBAZINUM**	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
662	**DACARBAZINUM**	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
663	**DACARBAZINUM**	D39.0	MACICA
664	**DACARBAZINUM**	D39.1	JAJNIK
665	**DACARBAZINUM**	D39.2	ŁOŻYSKO
666	**DACARBAZINUM**	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
667	**DACARBAZINUM**	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
668	**DACARBAZINUM**	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
669	**DACARBAZINUM**	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
670	**DACARBAZINUM**	D40.1	JĄDRO
671	**DACARBAZINUM**	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
672	**DACARBAZINUM**	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
673	**DACARBAZINUM**	D41	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
674	**DACARBAZINUM**	D41.0	NERKA
675	**DACARBAZINUM**	D41.1	MIEDNICZKA NERKOWA
676	**DACARBAZINUM**	D41.2	MOCZOWÓD
677	**DACARBAZINUM**	D41.3	CEWKA MOCZOWA
678	**DACARBAZINUM**	D41.4	PĘCHERZ MOCZOWY
679	**DACARBAZINUM**	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
680	**DACARBAZINUM**	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
681	**DACARBAZINUM**	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
682	**DACARBAZINUM**	D42.0	OPONY MÓZGOWE
683	**DACARBAZINUM**	D42.1	OPONY RDZENIOWE
684	**DACARBAZINUM**	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
685	**DACARBAZINUM**	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
686	**DACARBAZINUM**	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
687	**DACARBAZINUM**	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
688	**DACARBAZINUM**	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
689	**DACARBAZINUM**	D43.3	NERWY CZASZKOWE
690	**DACARBAZINUM**	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
691	**DACARBAZINUM**	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
692	**DACARBAZINUM**	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
693	**DACARBAZINUM**	D44	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
694	**DACARBAZINUM**	D44.0	TARCZYCA
695	**DACARBAZINUM**	D44.1	NADNERCZA
696	**DACARBAZINUM**	D44.2	PRZYTARCZYCE
697	**DACARBAZINUM**	D44.3	PRZYSADKA
698	**DACARBAZINUM**	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
699	**DACARBAZINUM**	D44.5	SZYSZYNKA
700	**DACARBAZINUM**	D44.6	KŁĘBEK SZYJNY
701	**DACARBAZINUM**	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
702	**DACARBAZINUM**	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
703	**DACARBAZINUM**	D44.9	GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE
704	**DACARBAZINUM**	D45	CZERWIENICA PRAWDZIWA
705	**DACARBAZINUM**	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
706	**DACARBAZINUM**	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
707	**DACARBAZINUM**	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
708	**DACARBAZINUM**	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW
709	**DACARBAZINUM**	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
710	**DACARBAZINUM**	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
711	**DACARBAZINUM**	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
712	**DACARBAZINUM**	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY
713	**DACARBAZINUM**	D47	INNY NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
714	**DACARBAZINUM**	D47.0	GUZY HISTIOCYTÓW I KOMÓREK TUCZNYCH O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE
715	**DACARBAZINUM**	D47.1	PRZEWLEKŁA CHOROBA UKŁADU WYTWÓRCZEGO SZPIKU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
716	**DACARBAZINUM**	D47.2	GAMMOPATIA MONOKLONALNA
717	**DACARBAZINUM**	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)
718	**DACARBAZINUM**	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
719	**DACARBAZINUM**	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
720	**DACARBAZINUM**	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
721	**DACARBAZINUM**	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
722	**DACARBAZINUM**	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
723	**DACARBAZINUM**	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
724	**DACARBAZINUM**	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
725	**DACARBAZINUM**	D48.4	OTRZEWNA
726	**DACARBAZINUM**	D48.5	SKÓRA
727	**DACARBAZINUM**	D48.6	SUTEK
728	**DACARBAZINUM**	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
729	**DACARBAZINUM**	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
730	**DACARBAZINUM**	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
731	**DACARBAZINUM**	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
732	**DACARBAZINUM**	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
733	**DACARBAZINUM**	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE,POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
734	**DACARBAZINUM**	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA,POSTAĆ NEUROPATYCZNA
735	**DACARBAZINUM**	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
736	**DACARBAZINUM**	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
737	**DACARBAZINUM**	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
738	**DACARBAZINUM**	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
739	**DACARBAZINUM**	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.19.

DOCETAXELUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**DOCETAXELUM**	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2	**DOCETAXELUM**	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3	**DOCETAXELUM**	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4	**DOCETAXELUM**	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5	**DOCETAXELUM**	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6	**DOCETAXELUM**	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7	**DOCETAXELUM**	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8	**DOCETAXELUM**	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9	**DOCETAXELUM**	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10	**DOCETAXELUM**	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11	**DOCETAXELUM**	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12	**DOCETAXELUM**	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13	**DOCETAXELUM**	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14	**DOCETAXELUM**	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15	**DOCETAXELUM**	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16	**DOCETAXELUM**	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17	**DOCETAXELUM**	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18	**DOCETAXELUM**	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19	**DOCETAXELUM**	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY
20	**DOCETAXELUM**	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA
21	**DOCETAXELUM**	C03.0	DZIĄSŁO GÓRNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
22	**DOCETAXELUM**	C03.1	DZIĄSŁO DOLNE
23	**DOCETAXELUM**	C03.9	DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE
24	**DOCETAXELUM**	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25	**DOCETAXELUM**	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26	**DOCETAXELUM**	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27	**DOCETAXELUM**	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28	**DOCETAXELUM**	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29	**DOCETAXELUM**	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30	**DOCETAXELUM**	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31	**DOCETAXELUM**	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32	**DOCETAXELUM**	C05.2	JĘZYCZEK
33	**DOCETAXELUM**	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34	**DOCETAXELUM**	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35	**DOCETAXELUM**	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36	**DOCETAXELUM**	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37	**DOCETAXELUM**	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38	**DOCETAXELUM**	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39	**DOCETAXELUM**	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40	**DOCETAXELUM**	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41	**DOCETAXELUM**	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	**DOCETAXELUM**	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
43	**DOCETAXELUM**	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44	**DOCETAXELUM**	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45	**DOCETAXELUM**	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46	**DOCETAXELUM**	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47	**DOCETAXELUM**	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
48	**DOCETAXELUM**	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49	**DOCETAXELUM**	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50	**DOCETAXELUM**	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51	**DOCETAXELUM**	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52	**DOCETAXELUM**	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53	**DOCETAXELUM**	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54	**DOCETAXELUM**	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55	**DOCETAXELUM**	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56	**DOCETAXELUM**	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57	**DOCETAXELUM**	C10.4	SZCZELINA SKRZELOWA
58	**DOCETAXELUM**	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59	**DOCETAXELUM**	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60	**DOCETAXELUM**	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61	**DOCETAXELUM**	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62	**DOCETAXELUM**	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63	**DOCETAXELUM**	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64	**DOCETAXELUM**	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65	**DOCETAXELUM**	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	**DOCETAXELUM**	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
67	**DOCETAXELUM**	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU GRUSZKOWATEGO
68	**DOCETAXELUM**	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	**DOCETAXELUM**	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70	**DOCETAXELUM**	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71	**DOCETAXELUM**	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72	**DOCETAXELUM**	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73	**DOCETAXELUM**	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
74	**DOCETAXELUM**	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75	**DOCETAXELUM**	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76	**DOCETAXELUM**	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77	**DOCETAXELUM**	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78	**DOCETAXELUM**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
79	**DOCETAXELUM**	C16.0	WPUST
80	**DOCETAXELUM**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
81	**DOCETAXELUM**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
82	**DOCETAXELUM**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
83	**DOCETAXELUM**	C16.4	ODŹWIERNIK
84	**DOCETAXELUM**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
85	**DOCETAXELUM**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
86	**DOCETAXELUM**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
87	**DOCETAXELUM**	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
88	**DOCETAXELUM**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
89	**DOCETAXELUM**	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
90	**DOCETAXELUM**	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
91	**DOCETAXELUM**	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
92	**DOCETAXELUM**	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
93	**DOCETAXELUM**	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
94	**DOCETAXELUM**	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
95	**DOCETAXELUM**	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
96	**DOCETAXELUM**	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
97	**DOCETAXELUM**	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
98	**DOCETAXELUM**	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
99	**DOCETAXELUM**	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
100	**DOCETAXELUM**	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
101	**DOCETAXELUM**	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
102	**DOCETAXELUM**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
103	**DOCETAXELUM**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
104	**DOCETAXELUM**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
105	**DOCETAXELUM**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
106	**DOCETAXELUM**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
107	**DOCETAXELUM**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
108	**DOCETAXELUM**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
109	**DOCETAXELUM**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
110	**DOCETAXELUM**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
111	**DOCETAXELUM**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
112	**DOCETAXELUM**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
113	**DOCETAXELUM**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
114	**DOCETAXELUM**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
115	**DOCETAXELUM**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
116	**DOCETAXELUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
117	**DOCETAXELUM**	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO

Załącznik C.20.

DOXORUBICINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**DOXORUBICINUM**	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2.	**DOXORUBICINUM**	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3.	**DOXORUBICINUM**	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4.	**DOXORUBICINUM**	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5.	**DOXORUBICINUM**	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6.	**DOXORUBICINUM**	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7.	**DOXORUBICINUM**	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8.	**DOXORUBICINUM**	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9.	**DOXORUBICINUM**	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10.	**DOXORUBICINUM**	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11.	**DOXORUBICINUM**	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12.	**DOXORUBICINUM**	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13.	**DOXORUBICINUM**	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14.	**DOXORUBICINUM**	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15.	**DOXORUBICINUM**	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16.	**DOXORUBICINUM**	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17.	**DOXORUBICINUM**	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18.	**DOXORUBICINUM**	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19.	**DOXORUBICINUM**	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20.	**DOXORUBICINUM**	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA
21.	**DOXORUBICINUM**	C03.0	DZIĄSŁO GÓRNE
22.	**DOXORUBICINUM**	C03.1	DZIĄSŁO DOLNE
23.	**DOXORUBICINUM**	C03.9	DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE
24.	**DOXORUBICINUM**	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25.	**DOXORUBICINUM**	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26.	**DOXORUBICINUM**	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27.	**DOXORUBICINUM**	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28.	**DOXORUBICINUM**	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29.	**DOXORUBICINUM**	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30.	**DOXORUBICINUM**	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31.	**DOXORUBICINUM**	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32.	**DOXORUBICINUM**	C05.2	JĘZYCZEK
33.	**DOXORUBICINUM**	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34.	**DOXORUBICINUM**	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35.	**DOXORUBICINUM**	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36.	**DOXORUBICINUM**	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37.	**DOXORUBICINUM**	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38.	**DOXORUBICINUM**	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39.	**DOXORUBICINUM**	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40.	**DOXORUBICINUM**	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41.	**DOXORUBICINUM**	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42.	**DOXORUBICINUM**	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
43.	**DOXORUBICINUM**	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
44.	**DOXORUBICINUM**	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45.	**DOXORUBICINUM**	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46.	**DOXORUBICINUM**	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47.	**DOXORUBICINUM**	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48.	**DOXORUBICINUM**	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49.	**DOXORUBICINUM**	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50.	**DOXORUBICINUM**	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51.	**DOXORUBICINUM**	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52.	**DOXORUBICINUM**	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53.	**DOXORUBICINUM**	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54.	**DOXORUBICINUM**	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55.	**DOXORUBICINUM**	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56.	**DOXORUBICINUM**	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57.	**DOXORUBICINUM**	C10.4	SZCZELINA SKRZELOWA
58.	**DOXORUBICINUM**	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59.	**DOXORUBICINUM**	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60.	**DOXORUBICINUM**	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61.	**DOXORUBICINUM**	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62.	**DOXORUBICINUM**	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63.	**DOXORUBICINUM**	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64.	**DOXORUBICINUM**	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65.	**DOXORUBICINUM**	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66.	**DOXORUBICINUM**	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
67.	**DOXORUBICINUM**	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU GRUSZKOWATEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
68.	**DOXORUBICINUM**	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69.	**DOXORUBICINUM**	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70.	**DOXORUBICINUM**	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71.	**DOXORUBICINUM**	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72.	**DOXORUBICINUM**	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73.	**DOXORUBICINUM**	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74.	**DOXORUBICINUM**	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75.	**DOXORUBICINUM**	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76.	**DOXORUBICINUM**	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77.	**DOXORUBICINUM**	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78.	**DOXORUBICINUM**	C15	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZEŁYKU
79.	**DOXORUBICINUM**	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
80.	**DOXORUBICINUM**	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
81.	**DOXORUBICINUM**	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
82.	**DOXORUBICINUM**	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
83.	**DOXORUBICINUM**	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
84.	**DOXORUBICINUM**	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
85.	**DOXORUBICINUM**	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZEŁYKU
86.	**DOXORUBICINUM**	C15.9	PRZEŁYK, NIEOKREŚLONY
87.	**DOXORUBICINUM**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
88.	**DOXORUBICINUM**	C16.0	WPUST
89.	**DOXORUBICINUM**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
90.	**DOXORUBICINUM**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
91.	**DOXORUBICINUM**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
92.	**DOXORUBICINUM**	C16.4	ODŹWIERNIK
93.	**DOXORUBICINUM**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
94.	**DOXORUBICINUM**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
95.	**DOXORUBICINUM**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
96.	**DOXORUBICINUM**	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
97.	**DOXORUBICINUM**	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
98.	**DOXORUBICINUM**	C17.0	DWUNASTNICA
99.	**DOXORUBICINUM**	C17.1	JELITO CZCZE
100.	**DOXORUBICINUM**	C17.2	JELITO KRĘTE
101.	**DOXORUBICINUM**	C17.3	UCHYŁEK MECKELA
102.	**DOXORUBICINUM**	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
103.	**DOXORUBICINUM**	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
104.	**DOXORUBICINUM**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
105.	**DOXORUBICINUM**	C18.0	JELITO ŚLEPE
106.	**DOXORUBICINUM**	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
107.	**DOXORUBICINUM**	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
108.	**DOXORUBICINUM**	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
109.	**DOXORUBICINUM**	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
110.	**DOXORUBICINUM**	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
111.	**DOXORUBICINUM**	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
112.	**DOXORUBICINUM**	C18.7	ESICA
113.	**DOXORUBICINUM**	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
114.	**DOXORUBICINUM**	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
115.	**DOXORUBICINUM**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
116.	**DOXORUBICINUM**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
117.	**DOXORUBICINUM**	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
118.	**DOXORUBICINUM**	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
119.	**DOXORUBICINUM**	C21.1	KANAŁ ODBYTU
120.	**DOXORUBICINUM**	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
121.	**DOXORUBICINUM**	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
122.	**DOXORUBICINUM**	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
123.	**DOXORUBICINUM**	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
124.	**DOXORUBICINUM**	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
125.	**DOXORUBICINUM**	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
126.	**DOXORUBICINUM**	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
127.	**DOXORUBICINUM**	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
128.	**DOXORUBICINUM**	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
129.	**DOXORUBICINUM**	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
130.	**DOXORUBICINUM**	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
131.	**DOXORUBICINUM**	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
132.	**DOXORUBICINUM**	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE
133.	**DOXORUBICINUM**	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
134.	**DOXORUBICINUM**	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
135.	**DOXORUBICINUM**	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
136.	**DOXORUBICINUM**	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
137.	**DOXORUBICINUM**	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
138.	**DOXORUBICINUM**	C25.1	TRZON TRZUSTKI
139.	**DOXORUBICINUM**	C25.2	OGON TRZUSTKI
140.	**DOXORUBICINUM**	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
141.	**DOXORUBICINUM**	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
142.	**DOXORUBICINUM**	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
143.	**DOXORUBICINUM**	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
144.	**DOXORUBICINUM**	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
145.	**DOXORUBICINUM**	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
146.	**DOXORUBICINUM**	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
147.	**DOXORUBICINUM**	C26.1	ŚLEDZIONA
148.	**DOXORUBICINUM**	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
149.	**DOXORUBICINUM**	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
150.	**DOXORUBICINUM**	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
151.	**DOXORUBICINUM**	C30.0	JAMA NOSOWA
152.	**DOXORUBICINUM**	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
153.	**DOXORUBICINUM**	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
154.	**DOXORUBICINUM**	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
155.	**DOXORUBICINUM**	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
156.	**DOXORUBICINUM**	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
157.	**DOXORUBICINUM**	C31.3	ZATOKA KLINOWA
158.	**DOXORUBICINUM**	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
159.	**DOXORUBICINUM**	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
160.	**DOXORUBICINUM**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
161.	**DOXORUBICINUM**	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
162.	**DOXORUBICINUM**	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
163.	**DOXORUBICINUM**	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
164.	**DOXORUBICINUM**	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
165.	**DOXORUBICINUM**	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
166.	**DOXORUBICINUM**	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
167.	**DOXORUBICINUM**	C37	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
168.	**DOXORUBICINUM**	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
169.	**DOXORUBICINUM**	C38.0	SERCE
170.	**DOXORUBICINUM**	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
171.	**DOXORUBICINUM**	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
172.	**DOXORUBICINUM**	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
173.	**DOXORUBICINUM**	C38.4	OPŁUCNA
174.	**DOXORUBICINUM**	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
175.	**DOXORUBICINUM**	C39	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
176.	**DOXORUBICINUM**	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
177.	**DOXORUBICINUM**	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
178.	**DOXORUBICINUM**	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
179.	**DOXORUBICINUM**	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
180.	**DOXORUBICINUM**	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
181.	**DOXORUBICINUM**	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
182.	**DOXORUBICINUM**	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
183.	**DOXORUBICINUM**	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
184.	**DOXORUBICINUM**	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
185.	**DOXORUBICINUM**	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
186.	**DOXORUBICINUM**	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
187.	**DOXORUBICINUM**	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
188.	**DOXORUBICINUM**	C41.1	ŻUCHWA
189.	**DOXORUBICINUM**	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
190.	**DOXORUBICINUM**	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA
191.	**DOXORUBICINUM**	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
192.	**DOXORUBICINUM**	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
193.	**DOXORUBICINUM**	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
194.	**DOXORUBICINUM**	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
195.	**DOXORUBICINUM**	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
196.	**DOXORUBICINUM**	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
197.	**DOXORUBICINUM**	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
198.	**DOXORUBICINUM**	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
199.	**DOXORUBICINUM**	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
200.	**DOXORUBICINUM**	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
201.	**DOXORUBICINUM**	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
202.	**DOXORUBICINUM**	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
203.	**DOXORUBICINUM**	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
204.	**DOXORUBICINUM**	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
205.	**DOXORUBICINUM**	C45	MIĘDZYBŁONIAK
206.	**DOXORUBICINUM**	C45.0	MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ
207.	**DOXORUBICINUM**	C45.1	MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ
208.	**DOXORUBICINUM**	C45.2	MIĘDZYBŁONIAK OSIERDZIA
209.	**DOXORUBICINUM**	C45.7	MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
210.	**DOXORUBICINUM**	C45.9	MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
211.	**DOXORUBICINUM**	C46	MIĘSAK KAPOSI'EGO
212.	**DOXORUBICINUM**	C46.0	MIĘSAK KAPOSI'EGO SKÓRY
213.	**DOXORUBICINUM**	C46.1	MIĘSAK KAPOSI'EGO TKANKI MIĘKKIEJ
214.	**DOXORUBICINUM**	C46.2	MIĘSAK KAPOSI'EGO PODNIEBIENIA
215.	**DOXORUBICINUM**	C46.3	MIĘSAK KAPOSI'EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
216.	**DOXORUBICINUM**	C46.7	MIĘSAK KAPOSI'EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
217.	**DOXORUBICINUM**	C46.8	MIĘSAK KAPOSI'EGO LICZNYCH NARZĄDÓW
218.	**DOXORUBICINUM**	C46.9	MIĘSAK KAPOSI'EGO, NIEOKREŚLONY
219.	**DOXORUBICINUM**	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
220.	**DOXORUBICINUM**	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
221.	**DOXORUBICINUM**	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
222.	**DOXORUBICINUM**	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
223.	**DOXORUBICINUM**	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
224.	**DOXORUBICINUM**	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
225.	**DOXORUBICINUM**	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
226.	**DOXORUBICINUM**	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
227.	**DOXORUBICINUM**	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
228.	**DOXORUBICINUM**	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
229.	**DOXORUBICINUM**	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
230.	**DOXORUBICINUM**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
231.	**DOXORUBICINUM**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
232.	**DOXORUBICINUM**	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
233.	**DOXORUBICINUM**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
234.	**DOXORUBICINUM**	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
235.	**DOXORUBICINUM**	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
236.	**DOXORUBICINUM**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
237.	**DOXORUBICINUM**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
238.	**DOXORUBICINUM**	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
239.	**DOXORUBICINUM**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
240.	**DOXORUBICINUM**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
241.	**DOXORUBICINUM**	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
242.	**DOXORUBICINUM**	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
243.	**DOXORUBICINUM**	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
244.	**DOXORUBICINUM**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
245.	**DOXORUBICINUM**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
246.	**DOXORUBICINUM**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
247.	**DOXORUBICINUM**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
248.	**DOXORUBICINUM**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
249.	**DOXORUBICINUM**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
250.	**DOXORUBICINUM**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
251.	**DOXORUBICINUM**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
252.	**DOXORUBICINUM**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
253.	**DOXORUBICINUM**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
254.	**DOXORUBICINUM**	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
255.	**DOXORUBICINUM**	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
256.	**DOXORUBICINUM**	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
257.	**DOXORUBICINUM**	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
258.	**DOXORUBICINUM**	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
259.	**DOXORUBICINUM**	C52	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
260.	**DOXORUBICINUM**	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
261.	**DOXORUBICINUM**	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
262.	**DOXORUBICINUM**	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
263.	**DOXORUBICINUM**	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
264.	**DOXORUBICINUM**	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
265.	**DOXORUBICINUM**	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
266.	**DOXORUBICINUM**	C54.0	CIEŚŃ MACICY
267.	**DOXORUBICINUM**	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
268.	**DOXORUBICINUM**	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
269.	**DOXORUBICINUM**	C54.3	DNO MACICY
270.	**DOXORUBICINUM**	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
271.	**DOXORUBICINUM**	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
272.	**DOXORUBICINUM**	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
273.	**DOXORUBICINUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
274.	**DOXORUBICINUM**	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
275.	**DOXORUBICINUM**	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
276.	**DOXORUBICINUM**	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY
277.	**DOXORUBICINUM**	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
278.	**DOXORUBICINUM**	C57.3	PRZYMACICZA
279.	**DOXORUBICINUM**	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
280.	**DOXORUBICINUM**	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
281.	**DOXORUBICINUM**	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
282.	**DOXORUBICINUM**	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
283.	**DOXORUBICINUM**	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
284.	**DOXORUBICINUM**	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
285.	**DOXORUBICINUM**	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
286.	**DOXORUBICINUM**	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
287.	**DOXORUBICINUM**	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
288.	**DOXORUBICINUM**	C63	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
289.	**DOXORUBICINUM**	C63.0	NAJĄDRZE
290.	**DOXORUBICINUM**	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
291.	**DOXORUBICINUM**	C63.2	MOSZNA
292.	**DOXORUBICINUM**	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
293.	**DOXORUBICINUM**	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
294.	**DOXORUBICINUM**	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
295.	**DOXORUBICINUM**	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
296.	**DOXORUBICINUM**	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
297.	**DOXORUBICINUM**	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
298.	**DOXORUBICINUM**	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
299.	**DOXORUBICINUM**	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
300.	**DOXORUBICINUM**	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO
301.	**DOXORUBICINUM**	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
302.	**DOXORUBICINUM**	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
303.	**DOXORUBICINUM**	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
304.	**DOXORUBICINUM**	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
305.	**DOXORUBICINUM**	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
306.	**DOXORUBICINUM**	C67.7	MOCZOWNIK
307.	**DOXORUBICINUM**	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
308.	**DOXORUBICINUM**	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
309.	**DOXORUBICINUM**	C68	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
310.	**DOXORUBICINUM**	C68.0	CEWKA MOCZOWA
311.	**DOXORUBICINUM**	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
312.	**DOXORUBICINUM**	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
313.	**DOXORUBICINUM**	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
314.	**DOXORUBICINUM**	C69	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA
315.	**DOXORUBICINUM**	C69.0	SPOJÓWKA
316.	**DOXORUBICINUM**	C69.1	ROGÓWKA
317.	**DOXORUBICINUM**	C69.2	SIATKÓWKA
318.	**DOXORUBICINUM**	C69.3	NACZYNIÓWKA
319.	**DOXORUBICINUM**	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
320.	**DOXORUBICINUM**	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
321.	**DOXORUBICINUM**	C69.6	OCZODÓŁ
322.	**DOXORUBICINUM**	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
323.	**DOXORUBICINUM**	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
324.	**DOXORUBICINUM**	C70	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON
325.	**DOXORUBICINUM**	C70.0	OPONY MÓZGOWE
326.	**DOXORUBICINUM**	C70.1	OPONY RDZENIOWE
327.	**DOXORUBICINUM**	C70.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
328.	**DOXORUBICINUM**	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
329.	**DOXORUBICINUM**	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
330.	**DOXORUBICINUM**	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
331.	**DOXORUBICINUM**	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
332.	**DOXORUBICINUM**	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
333.	**DOXORUBICINUM**	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
334.	**DOXORUBICINUM**	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
335.	**DOXORUBICINUM**	C71.6	MÓŻDŻEK
336.	**DOXORUBICINUM**	C71.7	PIEŃ MÓZGU
337.	**DOXORUBICINUM**	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
338.	**DOXORUBICINUM**	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
339.	**DOXORUBICINUM**	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
340.	**DOXORUBICINUM**	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
341.	**DOXORUBICINUM**	C72.1	OGON KOŃSKI
342.	**DOXORUBICINUM**	C72.2	NERW WĘCHOWY
343.	**DOXORUBICINUM**	C72.3	NERW WZROKOWY
344.	**DOXORUBICINUM**	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
345.	**DOXORUBICINUM**	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
346.	**DOXORUBICINUM**	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
347.	**DOXORUBICINUM**	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
348.	**DOXORUBICINUM**	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
349.	**DOXORUBICINUM**	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
350.	**DOXORUBICINUM**	C74.0	KORA NADNERCZY
351.	**DOXORUBICINUM**	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
352.	**DOXORUBICINUM**	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
353.	**DOXORUBICINUM**	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
354.	**DOXORUBICINUM**	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
355.	**DOXORUBICINUM**	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
356.	**DOXORUBICINUM**	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
357.	**DOXORUBICINUM**	C75.3	SZYSZYNKA
358.	**DOXORUBICINUM**	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
359.	**DOXORUBICINUM**	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
360.	**DOXORUBICINUM**	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
361.	**DOXORUBICINUM**	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
362.	**DOXORUBICINUM**	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH
363.	**DOXORUBICINUM**	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
364.	**DOXORUBICINUM**	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
365.	**DOXORUBICINUM**	C76.2	BRZUCH
366.	**DOXORUBICINUM**	C76.3	MIEDNICA
367.	**DOXORUBICINUM**	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
368.	**DOXORUBICINUM**	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
369.	**DOXORUBICINUM**	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
370.	**DOXORUBICINUM**	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
371.	**DOXORUBICINUM**	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
372.	**DOXORUBICINUM**	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
373.	**DOXORUBICINUM**	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
374.	**DOXORUBICINUM**	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ
375.	**DOXORUBICINUM**	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
376.	**DOXORUBICINUM**	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY
377.	**DOXORUBICINUM**	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
378.	**DOXORUBICINUM**	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
379.	**DOXORUBICINUM**	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
380.	**DOXORUBICINUM**	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGI I TRAWIENNEGO
381.	**DOXORUBICINUM**	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
382.	**DOXORUBICINUM**	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
383.	**DOXORUBICINUM**	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
384.	**DOXORUBICINUM**	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
385.	**DOXORUBICINUM**	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
386.	**DOXORUBICINUM**	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
387.	**DOXORUBICINUM**	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
388.	**DOXORUBICINUM**	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
389.	**DOXORUBICINUM**	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
390.	**DOXORUBICINUM**	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
391.	**DOXORUBICINUM**	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
392.	**DOXORUBICINUM**	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
393.	**DOXORUBICINUM**	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
394.	**DOXORUBICINUM**	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
395.	**DOXORUBICINUM**	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
396.	**DOXORUBICINUM**	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
397.	**DOXORUBICINUM**	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
398.	**DOXORUBICINUM**	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
399.	**DOXORUBICINUM**	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
400.	**DOXORUBICINUM**	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
401.	**DOXORUBICINUM**	C81	CHOROBA HODGKINA
402.	**DOXORUBICINUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
403.	**DOXORUBICINUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
404.	**DOXORUBICINUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
405.	**DOXORUBICINUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
406.	**DOXORUBICINUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
407.	**DOXORUBICINUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
408.	**DOXORUBICINUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
409.	**DOXORUBICINUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
410.	**DOXORUBICINUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
411.	**DOXORUBICINUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
412.	**DOXORUBICINUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
413.	**DOXORUBICINUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
414.	**DOXORUBICINUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
415.	**DOXORUBICINUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
416.	**DOXORUBICINUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
417.	**DOXORUBICINUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
418.	**DOXORUBICINUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
419.	**DOXORUBICINUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
420.	**DOXORUBICINUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
421.	**DOXORUBICINUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
422.	**DOXORUBICINUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
423.	**DOXORUBICINUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
424.	**DOXORUBICINUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
425.	**DOXORUBICINUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
426.	**DOXORUBICINUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
427.	**DOXORUBICINUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
428.	**DOXORUBICINUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
429.	**DOXORUBICINUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
430.	**DOXORUBICINUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
431.	**DOXORUBICINUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
432.	**DOXORUBICINUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
433.	**DOXORUBICINUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
434.	**DOXORUBICINUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
435.	**DOXORUBICINUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
436.	**DOXORUBICINUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
437.	**DOXORUBICINUM**	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
438.	**DOXORUBICINUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
439.	**DOXORUBICINUM**	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
440.	**DOXORUBICINUM**	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
441.	**DOXORUBICINUM**	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
442.	**DOXORUBICINUM**	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
443.	**DOXORUBICINUM**	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
444.	**DOXORUBICINUM**	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
445.	**DOXORUBICINUM**	C90.0	SZPICZAK MNOGI
446.	**DOXORUBICINUM**	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
447.	**DOXORUBICINUM**	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
448.	**DOXORUBICINUM**	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
449.	**DOXORUBICINUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
450.	**DOXORUBICINUM**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
451.	**DOXORUBICINUM**	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
452.	**DOXORUBICINUM**	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
453.	**DOXORUBICINUM**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
454.	**DOXORUBICINUM**	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREKT
455.	**DOXORUBICINUM**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
456.	**DOXORUBICINUM**	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
457.	**DOXORUBICINUM**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
458.	**DOXORUBICINUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
459.	**DOXORUBICINUM**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
460.	**DOXORUBICINUM**	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
461.	**DOXORUBICINUM**	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
462.	**DOXORUBICINUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
463.	**DOXORUBICINUM**	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
464.	**DOXORUBICINUM**	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
465.	**DOXORUBICINUM**	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
466.	**DOXORUBICINUM**	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
467.	**DOXORUBICINUM**	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
468.	**DOXORUBICINUM**	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
469.	**DOXORUBICINUM**	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
470.	**DOXORUBICINUM**	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
471.	**DOXORUBICINUM**	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
472.	**DOXORUBICINUM**	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
473.	**DOXORUBICINUM**	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
474.	**DOXORUBICINUM**	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
475.	**DOXORUBICINUM**	D01.0	OKRĘŻNICA
476.	**DOXORUBICINUM**	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
477.	**DOXORUBICINUM**	D01.2	ODBYTNICA
478.	**DOXORUBICINUM**	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
479.	**DOXORUBICINUM**	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA
480.	**DOXORUBICINUM**	D01.5	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
481.	**DOXORUBICINUM**	D01.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE
482.	**DOXORUBICINUM**	D01.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
483.	**DOXORUBICINUM**	D03	CZERNIAK IN SITU
484.	**DOXORUBICINUM**	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
485.	**DOXORUBICINUM**	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
486.	**DOXORUBICINUM**	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
487.	**DOXORUBICINUM**	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
488.	**DOXORUBICINUM**	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
489.	**DOXORUBICINUM**	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
490.	**DOXORUBICINUM**	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
491.	**DOXORUBICINUM**	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
492.	**DOXORUBICINUM**	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
493.	**DOXORUBICINUM**	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
494.	**DOXORUBICINUM**	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY
495.	**DOXORUBICINUM**	D06.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
496.	**DOXORUBICINUM**	D06.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
497.	**DOXORUBICINUM**	D06.7	INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY
498.	**DOXORUBICINUM**	D06.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
499.	**DOXORUBICINUM**	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
500.	**DOXORUBICINUM**	D07.0	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
501.	**DOXORUBICINUM**	D07.1	SROM
502.	**DOXORUBICINUM**	D07.2	POCHWA
503.	**DOXORUBICINUM**	D07.3	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE
504.	**DOXORUBICINUM**	D07.4	PRĄCIE
505.	**DOXORUBICINUM**	D07.5	GRUCZOŁ KROKOWY
506.	**DOXORUBICINUM**	D07.6	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
507.	**DOXORUBICINUM**	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
508.	**DOXORUBICINUM**	D09.0	PĘCHERZ MOCZOWY
509.	**DOXORUBICINUM**	D09.1	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
510.	**DOXORUBICINUM**	D09.2	OKO
511.	**DOXORUBICINUM**	D09.3	TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
512.	**DOXORUBICINUM**	D09.7	RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
513.	**DOXORUBICINUM**	D09.9	RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
514.	**DOXORUBICINUM**	D10	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
515.	**DOXORUBICINUM**	D10.0	WARGA
516.	**DOXORUBICINUM**	D10.1	JĘZYK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
517.	**DOXORUBICINUM**	D10.2	DNO JAMY USTNEJ
518.	**DOXORUBICINUM**	D10.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ
519.	**DOXORUBICINUM**	D10.4	MIGDAŁEK
520.	**DOXORUBICINUM**	D10.5	INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE
521.	**DOXORUBICINUM**	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
522.	**DOXORUBICINUM**	D10.7	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA
523.	**DOXORUBICINUM**	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
524.	**DOXORUBICINUM**	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
525.	**DOXORUBICINUM**	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
526.	**DOXORUBICINUM**	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
527.	**DOXORUBICINUM**	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
528.	**DOXORUBICINUM**	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY,ODBYTNICY,ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
529.	**DOXORUBICINUM**	D12.0	JELITO ŚLEPE
530.	**DOXORUBICINUM**	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
531.	**DOXORUBICINUM**	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
532.	**DOXORUBICINUM**	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
533.	**DOXORUBICINUM**	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
534.	**DOXORUBICINUM**	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
535.	**DOXORUBICINUM**	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
536.	**DOXORUBICINUM**	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
537.	**DOXORUBICINUM**	D12.8	ODBYTNICA
538.	**DOXORUBICINUM**	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
539.	**DOXORUBICINUM**	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
540.	**DOXORUBICINUM**	D13.0	PRZEŁYK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
541.	**DOXORUBICINUM**	D13.1	ŻOŁĄDEK
542.	**DOXORUBICINUM**	D13.2	DWUNASTNICA
543.	**DOXORUBICINUM**	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
544.	**DOXORUBICINUM**	D13.4	WĄTROBA
545.	**DOXORUBICINUM**	D13.5	DROGI ŻÓŁCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE
546.	**DOXORUBICINUM**	D13.6	TRZUSTKA
547.	**DOXORUBICINUM**	D13.7	WYSPY TRZUSTKI
548.	**DOXORUBICINUM**	D13.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
549.	**DOXORUBICINUM**	D14	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
550.	**DOXORUBICINUM**	D14.0	UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE
551.	**DOXORUBICINUM**	D14.1	KRTAŃ
552.	**DOXORUBICINUM**	D14.2	TCHAWICA
553.	**DOXORUBICINUM**	D14.3	OSKRZELA I PŁUCA
554.	**DOXORUBICINUM**	D14.4	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE
555.	**DOXORUBICINUM**	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
556.	**DOXORUBICINUM**	D15.0	GRASICA
557.	**DOXORUBICINUM**	D15.1	SERCE
558.	**DOXORUBICINUM**	D15.2	ŚRÓDPIERSIE
559.	**DOXORUBICINUM**	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
560.	**DOXORUBICINUM**	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
561.	**DOXORUBICINUM**	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
562.	**DOXORUBICINUM**	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
563.	**DOXORUBICINUM**	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
564.	**DOXORUBICINUM**	D16.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
565.	**DOXORUBICINUM**	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
566.	**DOXORUBICINUM**	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
567.	**DOXORUBICINUM**	D16.5	ŻUCHWA
568.	**DOXORUBICINUM**	D16.6	KRĘGOSŁUP
569.	**DOXORUBICINUM**	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
570.	**DOXORUBICINUM**	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
571.	**DOXORUBICINUM**	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
572.	**DOXORUBICINUM**	D17	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE Z TKANKI TŁUSZCZOWEJ
573.	**DOXORUBICINUM**	D17.0	TŁUSZCZAK SKÓRY I TKANKI PODSKÓRNEJ GŁOWY, TWARZY I SZYI
574.	**DOXORUBICINUM**	D17.1	TŁUSZCZAK SKÓRY I TKANKI PODSKÓRNEJ TUŁOWIA
575.	**DOXORUBICINUM**	D17.2	TŁUSZCZAK SKÓRY I TKANKI PODSKÓRNEJ KOŃCZYN
576.	**DOXORUBICINUM**	D17.3	TŁUSZCZAK SKÓRY I TKANKI PODSKÓRNEJ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
577.	**DOXORUBICINUM**	D17.4	TŁUSZCZAK NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
578.	**DOXORUBICINUM**	D17.5	TŁUSZCZAK NARZĄDÓW JAMY BRZUSZNEJ
579.	**DOXORUBICINUM**	D17.6	TŁUSZCZAK POWRÓZKA NASIENNEGO
580.	**DOXORUBICINUM**	D17.7	TŁUSZCZAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
581.	**DOXORUBICINUM**	D17.9	TŁUSZCZAK, NIEOKREŚLONY
582.	**DOXORUBICINUM**	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
583.	**DOXORUBICINUM**	D20.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
584.	**DOXORUBICINUM**	D20.1	OTRZEWNA
585.	**DOXORUBICINUM**	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
586.	**DOXORUBICINUM**	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI
587.	**DOXORUBICINUM**	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
588.	**DOXORUBICINUM**	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
589.	**DOXORUBICINUM**	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
590.	**DOXORUBICINUM**	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA
591.	**DOXORUBICINUM**	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
592.	**DOXORUBICINUM**	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
593.	**DOXORUBICINUM**	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE
594.	**DOXORUBICINUM**	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
595.	**DOXORUBICINUM**	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
596.	**DOXORUBICINUM**	D28.0	SROM
597.	**DOXORUBICINUM**	D28.1	POCHWA
598.	**DOXORUBICINUM**	D28.2	JAJOWODY I WIĘZADŁA
599.	**DOXORUBICINUM**	D28.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
600.	**DOXORUBICINUM**	D28.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
601.	**DOXORUBICINUM**	D29	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
602.	**DOXORUBICINUM**	D29.0	PRĄCIE
603.	**DOXORUBICINUM**	D29.1	GRUCZOŁ KROKOWY
604.	**DOXORUBICINUM**	D29.2	JĄDRO
605.	**DOXORUBICINUM**	D29.3	NAJĄDRZE
606.	**DOXORUBICINUM**	D29.4	MOSZNA
607.	**DOXORUBICINUM**	D29.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
608.	**DOXORUBICINUM**	D29.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
609.	**DOXORUBICINUM**	D30	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
610.	**DOXORUBICINUM**	D30.0	NERKA
611.	**DOXORUBICINUM**	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
612.	**DOXORUBICINUM**	D30.2	MOCZOWÓD
613.	**DOXORUBICINUM**	D30.3	PĘCHERZ MOCZOWY
614.	**DOXORUBICINUM**	D30.4	CEWKA MOCZOWA
615.	**DOXORUBICINUM**	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
616.	**DOXORUBICINUM**	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
617.	**DOXORUBICINUM**	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA
618.	**DOXORUBICINUM**	D31.0	SPOJÓWKA
619.	**DOXORUBICINUM**	D31.1	ROGÓWKA
620.	**DOXORUBICINUM**	D31.2	SIATKÓWKA
621.	**DOXORUBICINUM**	D31.3	NACZYNIÓWKA
622.	**DOXORUBICINUM**	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE
623.	**DOXORUBICINUM**	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
624.	**DOXORUBICINUM**	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
625.	**DOXORUBICINUM**	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
626.	**DOXORUBICINUM**	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH
627.	**DOXORUBICINUM**	D32.0	OPONY MÓZGOWE
628.	**DOXORUBICINUM**	D32.1	OPONY RDZENIOWE
629.	**DOXORUBICINUM**	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
630.	**DOXORUBICINUM**	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
631.	**DOXORUBICINUM**	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
632.	**DOXORUBICINUM**	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
633.	**DOXORUBICINUM**	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
634.	**DOXORUBICINUM**	D33.3	NERWY CZASZKOWE
635.	**DOXORUBICINUM**	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
636.	**DOXORUBICINUM**	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
637.	**DOXORUBICINUM**	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY
638.	**DOXORUBICINUM**	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
639.	**DOXORUBICINUM**	D35	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
640.	**DOXORUBICINUM**	D35.0	NADNERCZA
641.	**DOXORUBICINUM**	D35.1	PRZYTARCZYCE
642.	**DOXORUBICINUM**	D35.2	PRZYSADKA
643.	**DOXORUBICINUM**	D35.3	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
644.	**DOXORUBICINUM**	D35.4	SZYSZYNKA
645.	**DOXORUBICINUM**	D35.5	KŁĘBEK SZYJNY
646.	**DOXORUBICINUM**	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
647.	**DOXORUBICINUM**	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
648.	**DOXORUBICINUM**	D35.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
649.	**DOXORUBICINUM**	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
650.	**DOXORUBICINUM**	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
651.	**DOXORUBICINUM**	D36.0	WĘZŁY CHŁONNE
652.	**DOXORUBICINUM**	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
653.	**DOXORUBICINUM**	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
654.	**DOXORUBICINUM**	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
655.	**DOXORUBICINUM**	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
656.	**DOXORUBICINUM**	D37.0	WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO
657.	**DOXORUBICINUM**	D37.1	ŻOŁĄDEK
658.	**DOXORUBICINUM**	D37.2	JELITO CIENKIE
659.	**DOXORUBICINUM**	D37.3	JELIO ŚLEPE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
660.	**DOXORUBICINUM**	D37.4	OKRĘŻNICA
661.	**DOXORUBICINUM**	D37.5	ODBYTNICA
662.	**DOXORUBICINUM**	D37.6	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
663.	**DOXORUBICINUM**	D37.7	INNE NARZĄDY TRAWIENNE
664.	**DOXORUBICINUM**	D37.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
665.	**DOXORUBICINUM**	D38	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ
666.	**DOXORUBICINUM**	D38.0	KRTAŃ
667.	**DOXORUBICINUM**	D38.1	TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA
668.	**DOXORUBICINUM**	D38.2	OPŁUCNA
669.	**DOXORUBICINUM**	D38.3	ŚRÓDPIERSIE
670.	**DOXORUBICINUM**	D38.4	GRASICA
671.	**DOXORUBICINUM**	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
672.	**DOXORUBICINUM**	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
673.	**DOXORUBICINUM**	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
674.	**DOXORUBICINUM**	D39.0	MACICA
675.	**DOXORUBICINUM**	D39.1	JAJNIK
676.	**DOXORUBICINUM**	D39.2	ŁOŻYSKO
677.	**DOXORUBICINUM**	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
678.	**DOXORUBICINUM**	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
679.	**DOXORUBICINUM**	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
680.	**DOXORUBICINUM**	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
681.	**DOXORUBICINUM**	D40.1	JĄDRO
682.	**DOXORUBICINUM**	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
683.	**DOXORUBICINUM**	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
684.	**DOXORUBICINUM**	D41	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
685.	**DOXORUBICINUM**	D41.0	NERKA
686.	**DOXORUBICINUM**	D41.1	MIEDNICZKA NERKOWA
687.	**DOXORUBICINUM**	D41.2	MOCZOWÓD
688.	**DOXORUBICINUM**	D41.3	CEWKA MOCZOWA
689.	**DOXORUBICINUM**	D41.4	PĘCHERZ MOCZOWY
690.	**DOXORUBICINUM**	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
691.	**DOXORUBICINUM**	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
692.	**DOXORUBICINUM**	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
693.	**DOXORUBICINUM**	D42.0	OPONY MÓZGOWE
694.	**DOXORUBICINUM**	D42.1	OPONY RDZENIOWE
695.	**DOXORUBICINUM**	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
696.	**DOXORUBICINUM**	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
697.	**DOXORUBICINUM**	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
698.	**DOXORUBICINUM**	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
699.	**DOXORUBICINUM**	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
700.	**DOXORUBICINUM**	D43.3	NERWY CZASZKOWE
701.	**DOXORUBICINUM**	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
702.	**DOXORUBICINUM**	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
703.	**DOXORUBICINUM**	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
704.	**DOXORUBICINUM**	D44	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
705.	**DOXORUBICINUM**	D44.0	TARCZYCA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
706.	**DOXORUBICINUM**	D44.1	NADNERCZA
707.	**DOXORUBICINUM**	D44.2	PRZYTARCZYCE
708.	**DOXORUBICINUM**	D44.3	PRZYSADKA
709.	**DOXORUBICINUM**	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
710.	**DOXORUBICINUM**	D44.5	SZYSZYNKA
711.	**DOXORUBICINUM**	D44.6	KŁĘBEK SZYJNY
712.	**DOXORUBICINUM**	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
713.	**DOXORUBICINUM**	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
714.	**DOXORUBICINUM**	D44.9	GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE
715.	**DOXORUBICINUM**	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)
716.	**DOXORUBICINUM**	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
717.	**DOXORUBICINUM**	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
718.	**DOXORUBICINUM**	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
719.	**DOXORUBICINUM**	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
720.	**DOXORUBICINUM**	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
721.	**DOXORUBICINUM**	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
722.	**DOXORUBICINUM**	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
723.	**DOXORUBICINUM**	D48.4	OTRZEWNA
724.	**DOXORUBICINUM**	D48.5	SKÓRA
725.	**DOXORUBICINUM**	D48.6	SUTEK
726.	**DOXORUBICINUM**	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
727.	**DOXORUBICINUM**	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
728.	**DOXORUBICINUM**	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
729.	**DOXORUBICINUM**	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
730.	**DOXORUBICINUM**	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM
731.	**DOXORUBICINUM**	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
732.	**DOXORUBICINUM**	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE,POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
733.	**DOXORUBICINUM**	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA,POSTAĆ NEUROPATYCZNA
734.	**DOXORUBICINUM**	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
735.	**DOXORUBICINUM**	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
736.	**DOXORUBICINUM**	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
737.	**DOXORUBICINUM**	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
738.	**DOXORUBICINUM**	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.21.a.

DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
2.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
3.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
4.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
5.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
6.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
7.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
8.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
9.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
10.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY

Załącznik C.21.b.

DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM

Nowotwory u pacjentów, u których występują istotne czynniki ryzyka poważnych zdarzeń sercowo-naczyniowych wymienione poniżej:

1. Choroba wieńcowa;
2. Łagodna dysfunkcja skurczowa lewej komory serca EF=45-50%;
3. Cukrzyca insulinozależna;
4. Utrwalone migotanie przedsionków;
5. Arytmia komorowa;
6. Umiarkowane zwężenie zastawki aortalnej;
7. Nadciśnienie tętnicze z powikłaniami;
8. Przebyta w przeszłości terapia doksorubicyną konwencjonalną z wykorzystaniem dawki łącznej ≥200mg/m ^{2};

z uwzględnieniem przeciwskazań:

1. Objawowa niewydolność serca (klasa III lub IV wg NYHA);
2. Dysfunkcja skurczowa lewej komory serca EF<40%;
3. Przebyty zawał serca < 6 tygodni;
4. Udokumentowany częstoskurcz komorowy w wywiadzie;
5. Źle kontrolowane nadciśnienie tętnicze;
6. Niestabilna dławica piersiowa (klasa CCS III lub IV)

we wskazaniach innych niż wymienione w Charakterystyce Produktu Leczniczego zakwalifikowanych do poniższych rozpoznań wg ICD-10

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C81	CHOROBA HODGKINA
2	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
3	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
4	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
5	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
6	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
7	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
8	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
9	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
10	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
11	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
12	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
13	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
14	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
15	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
16	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
17	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
18	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
19	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
20	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
21	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
22	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
23	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
24	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
25	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
26	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
27	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
28	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
29	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
30	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
31	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
32	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
33	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
34	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
35	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
36	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY

Załącznik C.22.

DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, 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 KOMÓREKT
165	**EPIRUBICINUM**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
166	**EPIRUBICINUM**	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
167	**EPIRUBICINUM**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
168	**EPIRUBICINUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
169	**EPIRUBICINUM**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
170	**EPIRUBICINUM**	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
171	**EPIRUBICINUM**	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
172	**EPIRUBICINUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
173	**EPIRUBICINUM**	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
174	**EPIRUBICINUM**	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
175	**EPIRUBICINUM**	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
176	**EPIRUBICINUM**	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
177	**EPIRUBICINUM**	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
178	**EPIRUBICINUM**	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
179	**EPIRUBICINUM**	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
180	**EPIRUBICINUM**	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
181	**EPIRUBICINUM**	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
182	**EPIRUBICINUM**	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
183	**EPIRUBICINUM**	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
184	**EPIRUBICINUM**	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
185	**EPIRUBICINUM**	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
186	**EPIRUBICINUM**	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
187	**EPIRUBICINUM**	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
188	**EPIRUBICINUM**	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
189	**EPIRUBICINUM**	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
190	**EPIRUBICINUM**	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
191	**EPIRUBICINUM**	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
192	**EPIRUBICINUM**	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
193	**EPIRUBICINUM**	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
194	**EPIRUBICINUM**	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
195	**EPIRUBICINUM**	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
196	**EPIRUBICINUM**	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
197	**EPIRUBICINUM**	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
198	**EPIRUBICINUM**	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
199	**EPIRUBICINUM**	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
200	**EPIRUBICINUM**	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
201	**EPIRUBICINUM**	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
202	**EPIRUBICINUM**	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
203	**EPIRUBICINUM**	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
204	**EPIRUBICINUM**	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
205	**EPIRUBICINUM**	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
206	**EPIRUBICINUM**	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
207	**EPIRUBICINUM**	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
208	**EPIRUBICINUM**	D48.4	OTRZEWNA
209	**EPIRUBICINUM**	D48.5	SKÓRA
210	**EPIRUBICINUM**	D48.6	SUTEK
211	**EPIRUBICINUM**	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
212	**EPIRUBICINUM**	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
213	**EPIRUBICINUM**	E85	AMYLOIDOZA /SKROBIAWICA/
214	**EPIRUBICINUM**	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE,POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
215	**EPIRUBICINUM**	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA,POSTAĆ NEUROPATYCZNA
216	**EPIRUBICINUM**	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
217	**EPIRUBICINUM**	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
218	**EPIRUBICINUM**	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
219	**EPIRUBICINUM**	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
220	**EPIRUBICINUM**	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.24.

ETOPOSIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**ETOPOSIDUM**	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2	**ETOPOSIDUM**	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3	**ETOPOSIDUM**	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4	**ETOPOSIDUM**	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5	**ETOPOSIDUM**	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6	**ETOPOSIDUM**	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7	**ETOPOSIDUM**	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8	**ETOPOSIDUM**	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9	**ETOPOSIDUM**	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10	**ETOPOSIDUM**	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11	**ETOPOSIDUM**	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12	**ETOPOSIDUM**	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13	**ETOPOSIDUM**	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14	**ETOPOSIDUM**	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15	**ETOPOSIDUM**	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16	**ETOPOSIDUM**	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17	**ETOPOSIDUM**	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18	**ETOPOSIDUM**	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19	**ETOPOSIDUM**	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20	**ETOPOSIDUM**	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA
21	**ETOPOSIDUM**	C03.0	DZIĄSŁO GÓRNE
22	**ETOPOSIDUM**	C03.1	DZIĄSŁO DOLNE
23	**ETOPOSIDUM**	C03.9	DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE
24	**ETOPOSIDUM**	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25	**ETOPOSIDUM**	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26	**ETOPOSIDUM**	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27	**ETOPOSIDUM**	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28	**ETOPOSIDUM**	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29	**ETOPOSIDUM**	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30	**ETOPOSIDUM**	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31	**ETOPOSIDUM**	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32	**ETOPOSIDUM**	C05.2	JĘZYCZEK
33	**ETOPOSIDUM**	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34	**ETOPOSIDUM**	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35	**ETOPOSIDUM**	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36	**ETOPOSIDUM**	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37	**ETOPOSIDUM**	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38	**ETOPOSIDUM**	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39	**ETOPOSIDUM**	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40	**ETOPOSIDUM**	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41	**ETOPOSIDUM**	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	**ETOPOSIDUM**	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43	**ETOPOSIDUM**	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44	**ETOPOSIDUM**	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45	**ETOPOSIDUM**	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46	**ETOPOSIDUM**	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47	**ETOPOSIDUM**	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48	**ETOPOSIDUM**	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49	**ETOPOSIDUM**	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50	**ETOPOSIDUM**	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51	**ETOPOSIDUM**	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52	**ETOPOSIDUM**	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53	**ETOPOSIDUM**	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54	**ETOPOSIDUM**	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55	**ETOPOSIDUM**	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56	**ETOPOSIDUM**	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57	**ETOPOSIDUM**	C10.4	SZCZELINA SKRZELOWA
58	**ETOPOSIDUM**	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59	**ETOPOSIDUM**	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60	**ETOPOSIDUM**	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61	**ETOPOSIDUM**	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62	**ETOPOSIDUM**	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63	**ETOPOSIDUM**	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64	**ETOPOSIDUM**	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65	**ETOPOSIDUM**	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	**ETOPOSIDUM**	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67	**ETOPOSIDUM**	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU GRUSZKOWATEGO
68	**ETOPOSIDUM**	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	**ETOPOSIDUM**	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70	**ETOPOSIDUM**	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71	**ETOPOSIDUM**	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72	**ETOPOSIDUM**	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73	**ETOPOSIDUM**	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74	**ETOPOSIDUM**	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75	**ETOPOSIDUM**	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76	**ETOPOSIDUM**	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77	**ETOPOSIDUM**	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78	**ETOPOSIDUM**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
79	**ETOPOSIDUM**	C16.0	WPUST
80	**ETOPOSIDUM**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
81	**ETOPOSIDUM**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
82	**ETOPOSIDUM**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
83	**ETOPOSIDUM**	C16.4	ODŹWIERNIK
84	**ETOPOSIDUM**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
85	**ETOPOSIDUM**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
86	**ETOPOSIDUM**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
87	**ETOPOSIDUM**	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
88	**ETOPOSIDUM**	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
89	**ETOPOSIDUM**	C17.0	DWUNASTNICA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
90	**ETOPOSIDUM**	C17.1	JELITO CZCZE
91	**ETOPOSIDUM**	C17.2	JELITO KRĘTE
92	**ETOPOSIDUM**	C17.3	UCHYŁEK MECKELA
93	**ETOPOSIDUM**	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
94	**ETOPOSIDUM**	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
95	**ETOPOSIDUM**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
96	**ETOPOSIDUM**	C18.0	JELITO ŚLEPE
97	**ETOPOSIDUM**	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
98	**ETOPOSIDUM**	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
99	**ETOPOSIDUM**	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
100	**ETOPOSIDUM**	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
101	**ETOPOSIDUM**	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
102	**ETOPOSIDUM**	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
103	**ETOPOSIDUM**	C18.7	ESICA
104	**ETOPOSIDUM**	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
105	**ETOPOSIDUM**	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
106	**ETOPOSIDUM**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
107	**ETOPOSIDUM**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
108	**ETOPOSIDUM**	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
109	**ETOPOSIDUM**	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
110	**ETOPOSIDUM**	C21.1	KANAŁ ODBYTU
111	**ETOPOSIDUM**	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
112	**ETOPOSIDUM**	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
113	**ETOPOSIDUM**	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
114	**ETOPOSIDUM**	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
115	**ETOPOSIDUM**	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
116	**ETOPOSIDUM**	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
117	**ETOPOSIDUM**	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
118	**ETOPOSIDUM**	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
119	**ETOPOSIDUM**	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
120	**ETOPOSIDUM**	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
121	**ETOPOSIDUM**	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
122	**ETOPOSIDUM**	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
123	**ETOPOSIDUM**	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE
124	**ETOPOSIDUM**	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
125	**ETOPOSIDUM**	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
126	**ETOPOSIDUM**	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
127	**ETOPOSIDUM**	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
128	**ETOPOSIDUM**	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
129	**ETOPOSIDUM**	C25.1	TRZON TRZUSTKI
130	**ETOPOSIDUM**	C25.2	OGON TRZUSTKI
131	**ETOPOSIDUM**	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
132	**ETOPOSIDUM**	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
133	**ETOPOSIDUM**	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
134	**ETOPOSIDUM**	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
135	**ETOPOSIDUM**	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
136	**ETOPOSIDUM**	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
137	**ETOPOSIDUM**	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
138	**ETOPOSIDUM**	C26.1	ŚLEDZIONA
139	**ETOPOSIDUM**	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
140	**ETOPOSIDUM**	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
141	**ETOPOSIDUM**	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
142	**ETOPOSIDUM**	C30.0	JAMA NOSOWA
143	**ETOPOSIDUM**	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
144	**ETOPOSIDUM**	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
145	**ETOPOSIDUM**	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
146	**ETOPOSIDUM**	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
147	**ETOPOSIDUM**	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
148	**ETOPOSIDUM**	C31.3	ZATOKA KLINOWA
149	**ETOPOSIDUM**	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
150	**ETOPOSIDUM**	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
151	**ETOPOSIDUM**	C33	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TCHAWICY
152	**ETOPOSIDUM**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
153	**ETOPOSIDUM**	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
154	**ETOPOSIDUM**	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
155	**ETOPOSIDUM**	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
156	**ETOPOSIDUM**	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
157	**ETOPOSIDUM**	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
158	**ETOPOSIDUM**	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
159	**ETOPOSIDUM**	C37	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
160	**ETOPOSIDUM**	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
161	**ETOPOSIDUM**	C38.0	SERCE
162	**ETOPOSIDUM**	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
163	**ETOPOSIDUM**	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
164	**ETOPOSIDUM**	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
165	**ETOPOSIDUM**	C38.4	OPŁUCNA
166	**ETOPOSIDUM**	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
167	**ETOPOSIDUM**	C39	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
168	**ETOPOSIDUM**	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
169	**ETOPOSIDUM**	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
170	**ETOPOSIDUM**	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
171	**ETOPOSIDUM**	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
172	**ETOPOSIDUM**	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
173	**ETOPOSIDUM**	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
174	**ETOPOSIDUM**	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
175	**ETOPOSIDUM**	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
176	**ETOPOSIDUM**	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
177	**ETOPOSIDUM**	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
178	**ETOPOSIDUM**	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
179	**ETOPOSIDUM**	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
180	**ETOPOSIDUM**	C41.1	ŻUCHWA
181	**ETOPOSIDUM**	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
182	**ETOPOSIDUM**	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
183	**ETOPOSIDUM**	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
184	**ETOPOSIDUM**	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
185	**ETOPOSIDUM**	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
186	**ETOPOSIDUM**	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
187	**ETOPOSIDUM**	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
188	**ETOPOSIDUM**	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
189	**ETOPOSIDUM**	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
190	**ETOPOSIDUM**	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
191	**ETOPOSIDUM**	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
192	**ETOPOSIDUM**	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
193	**ETOPOSIDUM**	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
194	**ETOPOSIDUM**	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
195	**ETOPOSIDUM**	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
196	**ETOPOSIDUM**	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
197	**ETOPOSIDUM**	C46	MIĘSAK KAPOSI'EGO
198	**ETOPOSIDUM**	C46.0	MIĘSAK KAPOSI'EGO SKÓRY
199	**ETOPOSIDUM**	C46.1	MIĘSAK KAPOSI'EGO TKANKI MIĘKKIEJ
200	**ETOPOSIDUM**	C46.2	MIĘSAK KAPOSI'EGO PODNIEBIENIA
201	**ETOPOSIDUM**	C46.3	MIĘSAK KAPOSI'EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
202	**ETOPOSIDUM**	C46.7	MIĘSAK KAPOSI'EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
203	**ETOPOSIDUM**	C46.8	MIĘSAK KAPOSI'EGO LICZNYCH NARZĄDÓW
204	**ETOPOSIDUM**	C46.9	MIĘSAK KAPOSI'EGO, NIEOKREŚLONY
205	**ETOPOSIDUM**	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
206	**ETOPOSIDUM**	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
207	**ETOPOSIDUM**	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
208	**ETOPOSIDUM**	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
209	**ETOPOSIDUM**	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
210	**ETOPOSIDUM**	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
211	**ETOPOSIDUM**	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
212	**ETOPOSIDUM**	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
213	**ETOPOSIDUM**	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
214	**ETOPOSIDUM**	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
215	**ETOPOSIDUM**	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
216	**ETOPOSIDUM**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
217	**ETOPOSIDUM**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
218	**ETOPOSIDUM**	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
219	**ETOPOSIDUM**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
220	**ETOPOSIDUM**	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
221	**ETOPOSIDUM**	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
222	**ETOPOSIDUM**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
223	**ETOPOSIDUM**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
224	**ETOPOSIDUM**	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
225	**ETOPOSIDUM**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
226	**ETOPOSIDUM**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
227	**ETOPOSIDUM**	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
228	**ETOPOSIDUM**	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
229	**ETOPOSIDUM**	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
230	**ETOPOSIDUM**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
231	**ETOPOSIDUM**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
232	**ETOPOSIDUM**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
233	**ETOPOSIDUM**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
234	**ETOPOSIDUM**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
235	**ETOPOSIDUM**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
236	**ETOPOSIDUM**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
237	**ETOPOSIDUM**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
238	**ETOPOSIDUM**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
239	**ETOPOSIDUM**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
240	**ETOPOSIDUM**	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
241	**ETOPOSIDUM**	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
242	**ETOPOSIDUM**	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
243	**ETOPOSIDUM**	C51.2	ŁECHTACZKA
244	**ETOPOSIDUM**	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
245	**ETOPOSIDUM**	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
246	**ETOPOSIDUM**	C52	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
247	**ETOPOSIDUM**	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
248	**ETOPOSIDUM**	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
249	**ETOPOSIDUM**	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
250	**ETOPOSIDUM**	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
251	**ETOPOSIDUM**	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
252	**ETOPOSIDUM**	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
253	**ETOPOSIDUM**	C54.0	CIEŚŃ MACICY
254	**ETOPOSIDUM**	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
255	**ETOPOSIDUM**	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
256	**ETOPOSIDUM**	C54.3	DNO MACICY
257	**ETOPOSIDUM**	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
258	**ETOPOSIDUM**	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
259	**ETOPOSIDUM**	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
260	**ETOPOSIDUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
261	**ETOPOSIDUM**	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
262	**ETOPOSIDUM**	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
263	**ETOPOSIDUM**	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY
264	**ETOPOSIDUM**	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
265	**ETOPOSIDUM**	C57.3	PRZYMACICZA
266	**ETOPOSIDUM**	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
267	**ETOPOSIDUM**	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
268	**ETOPOSIDUM**	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
269	**ETOPOSIDUM**	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
270	**ETOPOSIDUM**	C58	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA
271	**ETOPOSIDUM**	C60	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA
272	**ETOPOSIDUM**	C60.0	NAPLETEK
273	**ETOPOSIDUM**	C60.1	ŻOŁĄDŹ PRĄCIA
274	**ETOPOSIDUM**	C60.2	TRZON PRĄCIA
275	**ETOPOSIDUM**	C60.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
276	**ETOPOSIDUM**	C60.9	PRĄCIE, NIEOKREŚLONE
277	**ETOPOSIDUM**	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
278	**ETOPOSIDUM**	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
279	**ETOPOSIDUM**	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
280	**ETOPOSIDUM**	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
281	**ETOPOSIDUM**	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
282	**ETOPOSIDUM**	C63	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
283	**ETOPOSIDUM**	C63.0	NAJĄDRZE
284	**ETOPOSIDUM**	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
285	**ETOPOSIDUM**	C63.2	MOSZNA
286	**ETOPOSIDUM**	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
287	**ETOPOSIDUM**	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
288	**ETOPOSIDUM**	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
289	**ETOPOSIDUM**	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
290	**ETOPOSIDUM**	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
291	**ETOPOSIDUM**	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
292	**ETOPOSIDUM**	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
293	**ETOPOSIDUM**	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
294	**ETOPOSIDUM**	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO
295	**ETOPOSIDUM**	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
296	**ETOPOSIDUM**	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
297	**ETOPOSIDUM**	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
298	**ETOPOSIDUM**	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
299	**ETOPOSIDUM**	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
300	**ETOPOSIDUM**	C67.7	MOCZOWNIK
301	**ETOPOSIDUM**	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
302	**ETOPOSIDUM**	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
303	**ETOPOSIDUM**	C68	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
304	**ETOPOSIDUM**	C68.0	CEWKA MOCZOWA
305	**ETOPOSIDUM**	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
306	**ETOPOSIDUM**	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
307	**ETOPOSIDUM**	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
308	**ETOPOSIDUM**	C69	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA
309	**ETOPOSIDUM**	C69.0	SPOJÓWKA
310	**ETOPOSIDUM**	C69.1	ROGÓWKA
311	**ETOPOSIDUM**	C69.2	SIATKÓWKA
312	**ETOPOSIDUM**	C69.3	NACZYNIÓWKA
313	**ETOPOSIDUM**	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
314	**ETOPOSIDUM**	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
315	**ETOPOSIDUM**	C69.6	OCZODÓŁ
316	**ETOPOSIDUM**	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
317	**ETOPOSIDUM**	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
318	**ETOPOSIDUM**	C70	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON
319	**ETOPOSIDUM**	C70.0	OPONY MÓZGOWE
320	**ETOPOSIDUM**	C70.1	OPONY RDZENIOWE
321	**ETOPOSIDUM**	C70.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
322	**ETOPOSIDUM**	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
323	**ETOPOSIDUM**	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
324	**ETOPOSIDUM**	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
325	**ETOPOSIDUM**	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
326	**ETOPOSIDUM**	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
327	**ETOPOSIDUM**	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
328	**ETOPOSIDUM**	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
329	**ETOPOSIDUM**	C71.6	MÓŻDŻEK
330	**ETOPOSIDUM**	C71.7	PIEŃ MÓZGU
331	**ETOPOSIDUM**	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
332	**ETOPOSIDUM**	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
333	**ETOPOSIDUM**	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
334	**ETOPOSIDUM**	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
335	**ETOPOSIDUM**	C72.1	OGON KOŃSKI
336	**ETOPOSIDUM**	C72.2	NERW WĘCHOWY
337	**ETOPOSIDUM**	C72.3	NERW WZROKOWY
338	**ETOPOSIDUM**	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
339	**ETOPOSIDUM**	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
340	**ETOPOSIDUM**	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
341	**ETOPOSIDUM**	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
342	**ETOPOSIDUM**	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
343	**ETOPOSIDUM**	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
344	**ETOPOSIDUM**	C74.0	KORA NADNERCZY
345	**ETOPOSIDUM**	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
346	**ETOPOSIDUM**	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
347	**ETOPOSIDUM**	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
348	**ETOPOSIDUM**	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
349	**ETOPOSIDUM**	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
350	**ETOPOSIDUM**	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
351	**ETOPOSIDUM**	C75.3	SZYSZYNKA
352	**ETOPOSIDUM**	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
353	**ETOPOSIDUM**	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
354	**ETOPOSIDUM**	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
355	**ETOPOSIDUM**	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
356	**ETOPOSIDUM**	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
357	**ETOPOSIDUM**	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
358	**ETOPOSIDUM**	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
359	**ETOPOSIDUM**	C76.2	BRZUCH
360	**ETOPOSIDUM**	C76.3	MIEDNICA
361	**ETOPOSIDUM**	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
362	**ETOPOSIDUM**	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
363	**ETOPOSIDUM**	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
364	**ETOPOSIDUM**	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
365	**ETOPOSIDUM**	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
366	**ETOPOSIDUM**	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
367	**ETOPOSIDUM**	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
368	**ETOPOSIDUM**	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ
369	**ETOPOSIDUM**	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
370	**ETOPOSIDUM**	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY
371	**ETOPOSIDUM**	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
372	**ETOPOSIDUM**	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
373	**ETOPOSIDUM**	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
374	**ETOPOSIDUM**	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGI I TRAWIENNEGO
375	**ETOPOSIDUM**	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
376	**ETOPOSIDUM**	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
377	**ETOPOSIDUM**	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
378	**ETOPOSIDUM**	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
379	**ETOPOSIDUM**	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
380	**ETOPOSIDUM**	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
381	**ETOPOSIDUM**	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
382	**ETOPOSIDUM**	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
383	**ETOPOSIDUM**	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
384	**ETOPOSIDUM**	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
385	**ETOPOSIDUM**	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
386	**ETOPOSIDUM**	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
387	**ETOPOSIDUM**	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
388	**ETOPOSIDUM**	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
389	**ETOPOSIDUM**	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
390	**ETOPOSIDUM**	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
391	**ETOPOSIDUM**	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
392	**ETOPOSIDUM**	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
393	**ETOPOSIDUM**	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
394	**ETOPOSIDUM**	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
395	**ETOPOSIDUM**	C81	CHOROBA HODGKINA
396	**ETOPOSIDUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
397	**ETOPOSIDUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
398	**ETOPOSIDUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
399	**ETOPOSIDUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
400	**ETOPOSIDUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
401	**ETOPOSIDUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
402	**ETOPOSIDUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
403	**ETOPOSIDUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
404	**ETOPOSIDUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
405	**ETOPOSIDUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
406	**ETOPOSIDUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
407	**ETOPOSIDUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
408	**ETOPOSIDUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
409	**ETOPOSIDUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
410	**ETOPOSIDUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
411	**ETOPOSIDUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
412	**ETOPOSIDUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
413	**ETOPOSIDUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
414	**ETOPOSIDUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
415	**ETOPOSIDUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
416	**ETOPOSIDUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
417	**ETOPOSIDUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
418	**ETOPOSIDUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
419	**ETOPOSIDUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
420	**ETOPOSIDUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
421	**ETOPOSIDUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
422	**ETOPOSIDUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
423	**ETOPOSIDUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
424	**ETOPOSIDUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
425	**ETOPOSIDUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
426	**ETOPOSIDUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
427	**ETOPOSIDUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
428	**ETOPOSIDUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
429	**ETOPOSIDUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
430	**ETOPOSIDUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
431	**ETOPOSIDUM**	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
432	**ETOPOSIDUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
433	**ETOPOSIDUM**	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
434	**ETOPOSIDUM**	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
435	**ETOPOSIDUM**	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
436	**ETOPOSIDUM**	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
437	**ETOPOSIDUM**	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
438	**ETOPOSIDUM**	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
439	**ETOPOSIDUM**	C90.0	SZPICZAK MNOGI
440	**ETOPOSIDUM**	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
441	**ETOPOSIDUM**	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
442	**ETOPOSIDUM**	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
443	**ETOPOSIDUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
444	**ETOPOSIDUM**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
445	**ETOPOSIDUM**	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
446	**ETOPOSIDUM**	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
447	**ETOPOSIDUM**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
448	**ETOPOSIDUM**	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
449	**ETOPOSIDUM**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
450	**ETOPOSIDUM**	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
451	**ETOPOSIDUM**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
452	**ETOPOSIDUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
453	**ETOPOSIDUM**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
454	**ETOPOSIDUM**	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
455	**ETOPOSIDUM**	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
456	**ETOPOSIDUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
457	**ETOPOSIDUM**	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
458	**ETOPOSIDUM**	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
459	**ETOPOSIDUM**	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
460	**ETOPOSIDUM**	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
461	**ETOPOSIDUM**	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
462	**ETOPOSIDUM**	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
463	**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	ŚRÓDPIERSIE
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	**FLUOROURACILUM**	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA
21	**FLUOROURACILUM**	C03.0	DZIĄSŁO GÓRNE
22	**FLUOROURACILUM**	C03.1	DZIĄSŁO DOLNE
23	**FLUOROURACILUM**	C03.9	DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE
24	**FLUOROURACILUM**	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25	**FLUOROURACILUM**	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26	**FLUOROURACILUM**	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27	**FLUOROURACILUM**	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28	**FLUOROURACILUM**	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29	**FLUOROURACILUM**	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30	**FLUOROURACILUM**	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31	**FLUOROURACILUM**	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32	**FLUOROURACILUM**	C05.2	JĘZYCZEK
33	**FLUOROURACILUM**	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34	**FLUOROURACILUM**	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35	**FLUOROURACILUM**	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36	**FLUOROURACILUM**	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37	**FLUOROURACILUM**	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38	**FLUOROURACILUM**	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39	**FLUOROURACILUM**	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40	**FLUOROURACILUM**	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41	**FLUOROURACILUM**	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	**FLUOROURACILUM**	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	**FLUOROURACILUM**	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44	**FLUOROURACILUM**	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45	**FLUOROURACILUM**	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46	**FLUOROURACILUM**	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47	**FLUOROURACILUM**	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48	**FLUOROURACILUM**	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49	**FLUOROURACILUM**	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50	**FLUOROURACILUM**	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51	**FLUOROURACILUM**	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52	**FLUOROURACILUM**	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53	**FLUOROURACILUM**	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54	**FLUOROURACILUM**	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55	**FLUOROURACILUM**	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56	**FLUOROURACILUM**	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57	**FLUOROURACILUM**	C10.4	SZCZELINA SKRZELOWA
58	**FLUOROURACILUM**	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59	**FLUOROURACILUM**	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60	**FLUOROURACILUM**	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61	**FLUOROURACILUM**	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62	**FLUOROURACILUM**	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63	**FLUOROURACILUM**	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64	**FLUOROURACILUM**	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65	**FLUOROURACILUM**	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	**FLUOROURACILUM**	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67	**FLUORO URACILUM**	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU GRUSZKOWATEGO
68	**FLUORO URACILUM**	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	**FLUORO URACILUM**	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70	**FLUORO URACILUM**	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71	**FLUORO URACILUM**	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72	**FLUORO URACILUM**	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73	**FLUORO URACILUM**	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74	**FLUORO URACILUM**	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75	**FLUORO URACILUM**	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76	**FLUORO URACILUM**	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77	**FLUORO URACILUM**	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78	**FLUORO URACILUM**	C15	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZEŁYKU
79	**FLUORO URACILUM**	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
80	**FLUORO URACILUM**	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
81	**FLUORO URACILUM**	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
82	**FLUORO URACILUM**	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
83	**FLUORO URACILUM**	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
84	**FLUORO URACILUM**	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
85	**FLUORO URACILUM**	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZEŁYKU
86	**FLUORO URACILUM**	C15.9	PRZEŁYK, NIEOKREŚLONY
87	**FLUORO URACILUM**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
88	**FLUORO URACILUM**	C16.0	WPUST
89	**FLUORO URACILUM**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
90	**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	**FLUOROURACILUM**	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
115	**FLUOROURACILUM**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
116	**FLUOROURACILUM**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
117	**FLUOROURACILUM**	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
118	**FLUOROURACILUM**	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
119	**FLUOROURACILUM**	C21.1	KANAŁ ODBYTU
120	**FLUOROURACILUM**	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
121	**FLUOROURACILUM**	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
122	**FLUOROURACILUM**	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
123	**FLUOROURACILUM**	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
124	**FLUOROURACILUM**	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
125	**FLUOROURACILUM**	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
126	**FLUOROURACILUM**	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
127	**FLUOROURACILUM**	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
128	**FLUOROURACILUM**	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
129	**FLUOROURACILUM**	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
130	**FLUOROURACILUM**	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
131	**FLUOROURACILUM**	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
132	**FLUOROURACILUM**	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE
133	**FLUOROURACILUM**	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
134	**FLUOROURACILUM**	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
135	**FLUOROURACILUM**	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
136	**FLUOROURACILUM**	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	**FLUOROURACILUM**	C60.1	ŻOŁĄDŹ PRĄCIA
210	**FLUOROURACILUM**	C60.2	TRZON PRĄCIA
211	**FLUOROURACILUM**	C60.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA
212	**FLUOROURACILUM**	C60.9	PRĄCIE, NIEOKREŚLONE
213	**FLUOROURACILUM**	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
214	**FLUOROURACILUM**	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
215	**FLUOROURACILUM**	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
216	**FLUOROURACILUM**	C76.2	BRZUCH
217	**FLUOROURACILUM**	C76.3	MIEDNICA
218	**FLUOROURACILUM**	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
219	**FLUOROURACILUM**	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
220	**FLUOROURACILUM**	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
221	**FLUOROURACILUM**	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
222	**FLUOROURACILUM**	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGI I TRAWIENNEGO
223	**FLUOROURACILUM**	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
224	**FLUOROURACILUM**	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
225	**FLUOROURACILUM**	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
226	**FLUOROURACILUM**	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
227	**FLUOROURACILUM**	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
228	**FLUOROURACILUM**	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
229	**FLUOROURACILUM**	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
230	**FLUOROURACILUM**	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.

GEMCYTABINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**GEMCYTABINUM**	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
2	**GEMCYTABINUM**	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
3	**GEMCYTABINUM**	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
4	**GEMCYTABINUM**	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
5	**GEMCYTABINUM**	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
6	**GEMCYTABINUM**	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
7	**GEMCYTABINUM**	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
8	**GEMCYTABINUM**	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
9	**GEMCYTABINUM**	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
10	**GEMCYTABINUM**	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
11	**GEMCYTABINUM**	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE
12	**GEMCYTABINUM**	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
13	**GEMCYTABINUM**	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
14	**GEMCYTABINUM**	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
15	**GEMCYTABINUM**	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
16	**GEMCYTABINUM**	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
17	**GEMCYTABINUM**	C25.1	TRZON TRZUSTKI
18	**GEMCYTABINUM**	C25.2	OGON TRZUSTKI
19	**GEMCYTABINUM**	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
20	**GEMCYTABINUM**	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
21	**GEMCYTABINUM**	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
22	**GEMCYTABINUM**	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
23	**GEMCYTABINUM**	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
24	**GEMCYTABINUM**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
25	**GEMCYTABINUM**	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
26	**GEMCYTABINUM**	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
27	**GEMCYTABINUM**	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
28	**GEMCYTABINUM**	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
29	**GEMCYTABINUM**	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
30	**GEMCYTABINUM**	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
31	**GEMCYTABINUM**	C38.4	OPŁUCNA
32	**GEMCYTABINUM**	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
33	**GEMCYTABINUM**	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
34	**GEMCYTABINUM**	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
35	**GEMCYTABINUM**	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
36	**GEMCYTABINUM**	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
37	**GEMCYTABINUM**	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
38	**GEMCYTABINUM**	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
39	**GEMCYTABINUM**	C45	MIĘDZYBŁONIAK
40	**GEMCYTABINUM**	C45.0	MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ
41	**GEMCYTABINUM**	C45.1	MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ
42	**GEMCYTABINUM**	C45.2	MIĘDZYBŁONIAK OSIERDZIA
43	**GEMCYTABINUM**	C45.7	MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
44	**GEMCYTABINUM**	C45.9	MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY
45	**GEMCYTABINUM**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
46	**GEMCYTABINUM**	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
47	**GEMCYTABINUM**	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
48	**GEMCYTABINUM**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
49	**GEMCYTABINUM**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
50	**GEMCYTABINUM**	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
51	**GEMCYTABINUM**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
52	**GEMCYTABINUM**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
53	**GEMCYTABINUM**	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
54	**GEMCYTABINUM**	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
55	**GEMCYTABINUM**	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
56	**GEMCYTABINUM**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
57	**GEMCYTABINUM**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
58	**GEMCYTABINUM**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
59	**GEMCYTABINUM**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
60	**GEMCYTABINUM**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
61	**GEMCYTABINUM**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
62	**GEMCYTABINUM**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
63	**GEMCYTABINUM**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
64	**GEMCYTABINUM**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
65	**GEMCYTABINUM**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
66	**GEMCYTABINUM**	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY *w przypadku:* *mięsaka gładkokomórkowego*
67	**GEMCYTABINUM**	C54.0	CIEŚŃ MACICY *w przypadku:* *mięsaka gładkokomórkowego*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
68	**GEMCYTABINUM**	C54.1	BŁONA SLUZOWA MACICY *w przypadku:* *mięsaka gładkokomórkowego*
69	**GEMCYTABINUM**	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY *w przypadku:* *mięsaka gładkokomórkowego*
70	**GEMCYTABINUM**	C54.3	DNO MACICY *w przypadku:* *mięsaka gładkokomórkowego*
71	**GEMCYTABINUM**	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY *w przypadku:* *mięsaka gładkokomórkowego*
72	**GEMCYTABINUM**	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKRESLONE *w przypadku:* *mięsaka gładkokomórkowego*
73	**GEMCYTABINUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
74	**GEMCYTABINUM**	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
75	**GEMCYTABINUM**	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
76	**GEMCYTABINUM**	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY
77	**GEMCYTABINUM**	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
78	**GEMCYTABINUM**	C57.3	PRZYMACICZA
79	**GEMCYTABINUM**	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
80	**GEMCYTABINUM**	C57.7	INNE OKRESLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
81	**GEMCYTABINUM**	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
82	**GEMCYTABINUM**	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
83	**GEMCYTABINUM**	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
84	**GEMCYTABINUM**	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
85	**GEMCYTABINUM**	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
86	**GEMCYTABINUM**	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
87	**GEMCYTABINUM**	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
88	**GEMCYTABINUM**	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ *w przypadku:* *nowotworów złośliwych wywodzących się z kanalików zbiorczych oraz raków ze zróżnicowaniem mięsakowatym*
89	**GEMCYTABINUM**	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ *w przypadku:* *nowotworów złośliwych wywodzących się z kanalików zbiorczych oraz raków ze zróżnicowaniem mięsakowatym*
90	**GEMCYTABINUM**	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
91	**GEMCYTABINUM**	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
92	**GEMCYTABINUM**	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO
93	**GEMCYTABINUM**	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
94	**GEMCYTABINUM**	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
95	**GEMCYTABINUM**	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
96	**GEMCYTABINUM**	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
97	**GEMCYTABINUM**	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
98	**GEMCYTABINUM**	C67.7	MOCZOWNIK
99	**GEMCYTABINUM**	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
100	**GEMCYTABINUM**	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
101	**GEMCYTABINUM**	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
102	**GEMCYTABINUM**	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
103	**GEMCYTABINUM**	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
104	**GEMCYTABINUM**	C76.2	BRZUCH
105	**GEMCYTABINUM**	C76.3	MIEDNICA
106	**GEMCYTABINUM**	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
107	**GEMCYTABINUM**	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
108	**GEMCYTABINUM**	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
109	**GEMCYTABINUM**	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
110	**GEMCYTABINUM**	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
111	**GEMCYTABINUM**	C81	CHOROBA HODGKINA *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
112	**GEMCYTABINUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
113	**GEMCYTABINUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
114	**GEMCYTABINUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
115	**GEMCYTABINUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTOW w przypadku: *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
116	**GEMCYTABINUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
117	**GEMCYTABINUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
118	**GEMCYTABINUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY) *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
119	**GEMCYTABINUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
120	**GEMCYTABINUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK,

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
			GUZKOWY *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
121	**GEMCYTABINUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
122	**GEMCYTABINUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO) *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
123	**GEMCYTABINUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
124	**GEMCYTABINUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
125	**GEMCYTABINUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
126	**GEMCYTABINUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY) *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
127	**GEMCYTABINUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
128	**GEMCYTABINUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY) *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
129	**GEMCYTABINUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY) *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
130	**GEMCYTABINUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
			w przypadku: *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
131	**GEMCYTABINUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY) *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
132	**GEMCYTABINUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
133	**GEMCYTABINUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
134	**GEMCYTABINUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
135	**GEMCYTABINUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
136	**GEMCYTABINUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
137	**GEMCYTABINUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
138	**GEMCYTABINUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
139	**GEMCYTABINUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
140	**GEMCYTABINUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
141	**GEMCYTABINUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
142	**GEMCYTABINUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
143	**GEMCYTABINUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
144	**GEMCYTABINUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
145	**GEMCYTABINUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
146	**GEMCYTABINUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*

Załącznik C.29.

HYDROXYCARBAMIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
2	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
3	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
4	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
5	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
6	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
7	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
8	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C71.6	MÓŻDŻEK
9	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C71.7	PIEŃ MÓZGU
10	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
11	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
12	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
13	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
14	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C72.1	OGON KOŃSKI
15	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C72.2	NERW WĘCHOWY
16	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C72.3	NERW WZROKOWY
17	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
18	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
19	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
21	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C81	CHOROBA HODGKINA
22	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
23	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
24	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
25	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
26	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
27	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
28	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
29	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
30	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
31	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
32	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
33	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
34	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
35	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
36	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
37	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
38	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
39	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
40	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
41	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
42	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
43	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
44	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
45	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
46	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
47	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
48	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
49	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
50	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
51	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
52	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
53	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
54	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
55	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
56	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
57	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
58	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
59	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
60	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
61	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
62	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
63	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
64	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
65	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
66	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
67	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
68	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
69	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
70	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
71	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
72	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D45	CZERWIENICA PRAWDZIWA
73	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
74	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
75	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
76	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW
77	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
78	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
79	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
80	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY
81	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D47.1	PRZEWLEKŁA CHOROBA UKŁADU WYTWÓRCZEGO SZPIKU
82	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D57	ZABURZENIA POŁĄCZONE Z SIERPOWATOKRWINKOWOŚCIĄ
83	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D57.0	NIEDOKRWISTOŚĆ SIEROPAWTOKRWINKOWA Z PRZEŁOMEM
84	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D57.1	NIEDOKRWISTOŚĆ SIEROPAWTOKRWINKOWA BEZ PRZEŁOMU
85	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D57.2	PODWÓJNA HETEROZYGOTA W POŁĄCZENIU Z SIERPOWATOKRWINKOWOŚCIĄ
86	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D57.3	CECHA SERPOWATOKRWINKOWOŚCI
87	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D57.8	INNE SIERPOWATOKRWINKOWOŚCI
88	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D75.2	NADPŁYTKOWOŚĆ SAMOISTNA
89	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
90	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
91	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM

Załącznik C.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 *z wyłączeniem zaburzeń czynności szyszynki i progerii*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
74.	**LANREOTIDUM**	E34.9	ZABURZENIA WEWNĄTRZWYDZIELNICZE, NIEOKREŚLONE

Załącznik C.37.b.

LANREOTIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**LANREOTIDUM**	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA w przypadku: guzów neuroendokrynnych żołądkowo-jelitowo-trzustkowych nieznanego pochodzenia

Załącznik C.39.

MELPHALANUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**MELPHALANUM**	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
2.	**MELPHALANUM**	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
3.	**MELPHALANUM**	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
4.	**MELPHALANUM**	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
5.	**MELPHALANUM**	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
6.	**MELPHALANUM**	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
7.	**MELPHALANUM**	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
8.	**MELPHALANUM**	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
9.	**MELPHALANUM**	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
10.	**MELPHALANUM**	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
11.	**MELPHALANUM**	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
12.	**MELPHALANUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
13.	**MELPHALANUM**	C81	CHOROBA HODGKINA
14.	**MELPHALANUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
15.	**MELPHALANUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
16.	**MELPHALANUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
17.	**MELPHALANUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
18.	**MELPHALANUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
19.	**MELPHALANUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
20.	**MELPHALANUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
21.	**MELPHALANUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
22.	**MELPHALANUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
23.	**MELPHALANUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
24.	**MELPHALANUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
25.	**MELPHALANUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
26.	**MELPHALANUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
27.	**MELPHALANUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
28.	**MELPHALANUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
29.	**MELPHALANUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
30.	**MELPHALANUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
31.	**MELPHALANUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
32.	**MELPHALANUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
33.	**MELPHALANUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
34.	**MELPHALANUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
35.	**MELPHALANUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
36.	**MELPHALANUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
37.	**MELPHALANUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
38.	**MELPHALANUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
39.	**MELPHALANUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
40.	**MELPHALANUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
41.	**MELPHALANUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
42.	**MELPHALANUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
43.	**MELPHALANUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
44.	**MELPHALANUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
45.	**MELPHALANUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
46.	**MELPHALANUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
47.	**MELPHALANUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
48.	**MELPHALANUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
49.	**MELPHALANUM**	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
50.	**MELPHALANUM**	C90.0	SZPICZAK MNOGI
51.	**MELPHALANUM**	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
52.	**MELPHALANUM**	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
53.	**MELPHALANUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
54.	**MELPHALANUM**	D45	CZERWIENICA PRAWDZIWA
55.	**MELPHALANUM**	E85	AMYLOIDOZA /SKROBIAWICA/
56.	**MELPHALANUM**	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE,POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
57.	**MELPHALANUM**	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA,POSTAĆ NEUROPATYCZNA
58.	**MELPHALANUM**	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
59.	**MELPHALANUM**	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
60.	**MELPHALANUM**	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
61.	**MELPHALANUM**	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
62.	**MELPHALANUM**	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.40.

MERCAPTOPURINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**MERCAPTOPURINUM**	C81	CHOROBA HODGKINA
2.	**MERCAPTOPURINUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
3.	**MERCAPTOPURINUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
4.	**MERCAPTOPURINUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
5.	**MERCAPTOPURINUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
6.	**MERCAPTOPURINUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
7.	**MERCAPTOPURINUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
8.	**MERCAPTOPURINUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
9.	**MERCAPTOPURINUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
10.	**MERCAPTOPURINUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
11.	**MERCAPTOPURINUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
12.	**MERCAPTOPURINUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
13.	**MERCAPTOPURINUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
14.	**MERCAPTOPURINUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
15.	**MERCAPTOPURINUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
16.	**MERCAPTOPURINUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
17.	**MERCAPTOPURINUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
18.	**MERCAPTOPURINUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
19.	**MERCAPTOPURINUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20.	**MERCAPTOPURINUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
21.	**MERCAPTOPURINUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
22.	**MERCAPTOPURINUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
23.	**MERCAPTOPURINUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
24.	**MERCAPTOPURINUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
25.	**MERCAPTOPURINUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
26.	**MERCAPTOPURINUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
27.	**MERCAPTOPURINUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
28.	**MERCAPTOPURINUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
29.	**MERCAPTOPURINUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
30.	**MERCAPTOPURINUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
31.	**MERCAPTOPURINUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
32.	**MERCAPTOPURINUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
33.	**MERCAPTOPURINUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
34.	**MERCAPTOPURINUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
35.	**MERCAPTOPURINUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
36.	**MERCAPTOPURINUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
37.	**MERCAPTOPURINUM**	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
38.	**MERCAPTOPURINUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
39.	**MERCAPTOPURINUM**	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
40.	**MERCAPTOPURINUM**	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
41.	**MERCAPTOPURINUM**	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
42.	**MERCAPTOPURINUM**	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
43.	**MERCAPTOPURINUM**	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
44.	**MERCAPTOPURINUM**	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
45.	**MERCAPTOPURINUM**	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
46.	**MERCAPTOPURINUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
47.	**MERCAPTOPURINUM**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
48.	**MERCAPTOPURINUM**	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
49.	**MERCAPTOPURINUM**	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
50.	**MERCAPTOPURINUM**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
51.	**MERCAPTOPURINUM**	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z 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 INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75.	**METHOTREXATUM**	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
76.	**METHOTREXATUM**	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
77.	**METHOTREXATUM**	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
78.	**METHOTREXATUM**	C30.0	JAMA NOSOWA
79.	**METHOTREXATUM**	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
80.	**METHOTREXATUM**	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
81.	**METHOTREXATUM**	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
82.	**METHOTREXATUM**	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
83.	**METHOTREXATUM**	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
84.	**METHOTREXATUM**	C31.3	ZATOKA KLINOWA
85.	**METHOTREXATUM**	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
86.	**METHOTREXATUM**	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
87.	**METHOTREXATUM**	C32	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KRTANI
88.	**METHOTREXATUM**	C32.0	GŁOŚNIA
89.	**METHOTREXATUM**	C32.1	NAGŁOŚNIA
90.	**METHOTREXATUM**	C32.2	JAMA PODGŁOŚNIOWA
91.	**METHOTREXATUM**	C32.3	CHRZĄSTKI KRTANI
92.	**METHOTREXATUM**	C32.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KRTANI
93.	**METHOTREXATUM**	C32.9	KRTAŃ, NIEOKREŚLONA
94.	**METHOTREXATUM**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
95.	**METHOTREXATUM**	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
96.	**METHOTREXATUM**	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
97.	**METHOTREXATUM**	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
98.	**METHOTREXATUM**	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
99.	**METHOTREXATUM**	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
100.	**METHOTREXATUM**	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
101.	**METHOTREXATUM**	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
102.	**METHOTREXATUM**	C38.0	SERCE
103.	**METHOTREXATUM**	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
104.	**METHOTREXATUM**	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
105.	**METHOTREXATUM**	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
106.	**METHOTREXATUM**	C38.4	OPŁUCNA
107.	**METHOTREXATUM**	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
108.	**METHOTREXATUM**	C39	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
109.	**METHOTREXATUM**	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
110.	**METHOTREXATUM**	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
111.	**METHOTREXATUM**	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
112.	**METHOTREXATUM**	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
113.	**METHOTREXATUM**	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
114.	**METHOTREXATUM**	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
115.	**METHOTREXATUM**	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
116.	**METHOTREXATUM**	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
117.	**METHOTREXATUM**	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
118.	**METHOTREXATUM**	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
119.	**METHOTREXATUM**	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
120.	**METHOTREXATUM**	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
121.	**METHOTREXATUM**	C41.1	ŻUCHWA
122.	**METHOTREXATUM**	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
123.	**METHOTREXATUM**	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA
124.	**METHOTREXATUM**	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
125.	**METHOTREXATUM**	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
126.	**METHOTREXATUM**	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
127.	**METHOTREXATUM**	C44	INNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE SKÓRY
128.	**METHOTREXATUM**	C44.0	SKÓRA WARGI
129.	**METHOTREXATUM**	C44.1	SKÓRA POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
130.	**METHOTREXATUM**	C44.2	SKÓRA UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
131.	**METHOTREXATUM**	C44.3	SKÓRA INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
132.	**METHOTREXATUM**	C44.4	SKÓRA OWŁOSIONA GŁOWY I SZYI
133.	**METHOTREXATUM**	C44.5	SKÓRA TUŁOWIA
134.	**METHOTREXATUM**	C44.6	SKÓRA KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
135.	**METHOTREXATUM**	C44.7	SKÓRA KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
136.	**METHOTREXATUM**	C44.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE OKREŚLONE KODAMI
137.	**METHOTREXATUM**	C44.9	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
138.	**METHOTREXATUM**	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
139.	**METHOTREXATUM**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
140.	**METHOTREXATUM**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
141.	**METHOTREXATUM**	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
142.	**METHOTREXATUM**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
143.	**METHOTREXATUM**	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
144.	**METHOTREXATUM**	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
145.	**METHOTREXATUM**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
146.	**METHOTREXATUM**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
147.	**METHOTREXATUM**	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
148.	**METHOTREXATUM**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
149.	**METHOTREXATUM**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
150.	**METHOTREXATUM**	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
151.	**METHOTREXATUM**	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
152.	**METHOTREXATUM**	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
153.	**METHOTREXATUM**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
154.	**METHOTREXATUM**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
155.	**METHOTREXATUM**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
156.	**METHOTREXATUM**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
157.	**METHOTREXATUM**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
158.	**METHOTREXATUM**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
159.	**METHOTREXATUM**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
160.	**METHOTREXATUM**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
161.	**METHOTREXATUM**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
162.	**METHOTREXATUM**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
163.	**METHOTREXATUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
164.	**METHOTREXATUM**	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
165.	**METHOTREXATUM**	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
166.	**METHOTREXATUM**	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY
167.	**METHOTREXATUM**	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
168.	**METHOTREXATUM**	C57.3	PRZYMACICZA
169.	**METHOTREXATUM**	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
170.	**METHOTREXATUM**	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
171.	**METHOTREXATUM**	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
172.	**METHOTREXATUM**	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
173.	**METHOTREXATUM**	C58	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA
174.	**METHOTREXATUM**	C60	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA
175.	**METHOTREXATUM**	C60.0	NAPLETEK
176.	**METHOTREXATUM**	C60.1	ŻOŁĄDŹ PRĄCIA
177.	**METHOTREXATUM**	C60.2	TRZON PRĄCIA
178.	**METHOTREXATUM**	C60.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA
179.	**METHOTREXATUM**	C60.9	PRĄCIE, NIEOKREŚLONE
180.	**METHOTREXATUM**	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
181.	**METHOTREXATUM**	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
182.	**METHOTREXATUM**	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
183.	**METHOTREXATUM**	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
184.	**METHOTREXATUM**	C63	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
185.	**METHOTREXATUM**	C63.0	NAJĄDRZE
186.	**METHOTREXATUM**	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
187.	**METHOTREXATUM**	C63.2	MOSZNA
188.	**METHOTREXATUM**	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
189.	**METHOTREXATUM**	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
190.	**METHOTREXATUM**	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
191.	**METHOTREXATUM**	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
192.	**METHOTREXATUM**	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
193.	**METHOTREXATUM**	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
194.	**METHOTREXATUM**	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
195.	**METHOTREXATUM**	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
196.	**METHOTREXATUM**	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
197.	**METHOTREXATUM**	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
198.	**METHOTREXATUM**	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
199.	**METHOTREXATUM**	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
200.	**METHOTREXATUM**	C67.7	MOCZOWNIK
201.	**METHOTREXATUM**	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
202.	**METHOTREXATUM**	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
203.	**METHOTREXATUM**	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
204.	**METHOTREXATUM**	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
205.	**METHOTREXATUM**	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
206.	**METHOTREXATUM**	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
207.	**METHOTREXATUM**	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
208.	**METHOTREXATUM**	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
209.	**METHOTREXATUM**	C71.6	MÓŻDŻEK
210.	**METHOTREXATUM**	C71.7	PIEŃ MÓZGU
211.	**METHOTREXATUM**	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
212.	**METHOTREXATUM**	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
213.	**METHOTREXATUM**	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
214.	**METHOTREXATUM**	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
215.	**METHOTREXATUM**	C72.1	OGON KOŃSKI
216.	**METHOTREXATUM**	C72.2	NERW WĘCHOWY
217.	**METHOTREXATUM**	C72.3	NERW WZROKOWY
218.	**METHOTREXATUM**	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
219.	**METHOTREXATUM**	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
220.	**METHOTREXATUM**	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
221.	**METHOTREXATUM**	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
222.	**METHOTREXATUM**	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I 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.42.

MITOMYCINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**MITOMYCINUM**	C15	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZEŁYKU
2.	**MITOMYCINUM**	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
3.	**MITOMYCINUM**	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
4.	**MITOMYCINUM**	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
5.	**MITOMYCINUM**	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
6.	**MITOMYCINUM**	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
7.	**MITOMYCINUM**	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
8.	**MITOMYCINUM**	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZEŁYKU
9.	**MITOMYCINUM**	C15.9	PRZEŁYK, NIEOKREŚLONY
10.	**MITOMYCINUM**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
11.	**MITOMYCINUM**	C16.0	WPUST
12.	**MITOMYCINUM**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
13.	**MITOMYCINUM**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
14.	**MITOMYCINUM**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
15.	**MITOMYCINUM**	C16.4	ODŹWIERNIK
16.	**MITOMYCINUM**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
17.	**MITOMYCINUM**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
18.	**MITOMYCINUM**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
19.	**MITOMYCINUM**	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
20.	**MITOMYCINUM**	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
21.	**MITOMYCINUM**	C17.0	DWUNASTNICA
22.	**MITOMYCINUM**	C17.1	JELITO CZCZE
23.	**MITOMYCINUM**	C17.2	JELITO KRĘTE
24.	**MITOMYCINUM**	C17.3	UCHYŁEK MECKELA
25.	**MITOMYCINUM**	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
26.	**MITOMYCINUM**	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
27.	**MITOMYCINUM**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
28.	**MITOMYCINUM**	C18.0	JELITO ŚLEPE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
29.	**MITOMYCINUM**	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
30.	**MITOMYCINUM**	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
31.	**MITOMYCINUM**	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
32.	**MITOMYCINUM**	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
33.	**MITOMYCINUM**	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
34.	**MITOMYCINUM**	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
35.	**MITOMYCINUM**	C18.7	ESICA
36.	**MITOMYCINUM**	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
37.	**MITOMYCINUM**	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
38.	**MITOMYCINUM**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
39.	**MITOMYCINUM**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
40.	**MITOMYCINUM**	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
41.	**MITOMYCINUM**	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
42.	**MITOMYCINUM**	C21.1	KANAŁ ODBYTU
43.	**MITOMYCINUM**	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
44.	**MITOMYCINUM**	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
45.	**MITOMYCINUM**	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
46.	**MITOMYCINUM**	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
47.	**MITOMYCINUM**	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
48.	**MITOMYCINUM**	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
49.	**MITOMYCINUM**	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
50.	**MITOMYCINUM**	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
51.	**MITOMYCINUM**	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
52.	**MITOMYCINUM**	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
53.	**MITOMYCINUM**	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
54.	**MITOMYCINUM**	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
55.	**MITOMYCINUM**	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE
56.	**MITOMYCINUM**	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
57.	**MITOMYCINUM**	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
58.	**MITOMYCINUM**	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
59.	**MITOMYCINUM**	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
60.	**MITOMYCINUM**	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
61.	**MITOMYCINUM**	C25.1	TRZON TRZUSTKI
62.	**MITOMYCINUM**	C25.2	OGON TRZUSTKI
63.	**MITOMYCINUM**	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
64.	**MITOMYCINUM**	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
65.	**MITOMYCINUM**	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
66.	**MITOMYCINUM**	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
67.	**MITOMYCINUM**	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
68.	**MITOMYCINUM**	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
69.	**MITOMYCINUM**	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
70.	**MITOMYCINUM**	C26.1	ŚLEDZIONA
71.	**MITOMYCINUM**	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
72.	**MITOMYCINUM**	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
73.	**MITOMYCINUM**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
74.	**MITOMYCINUM**	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
75.	**MITOMYCINUM**	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
76.	**MITOMYCINUM**	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
77.	**MITOMYCINUM**	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
78.	**MITOMYCINUM**	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
79.	**MITOMYCINUM**	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
80.	**MITOMYCINUM**	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
81.	**MITOMYCINUM**	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
82.	**MITOMYCINUM**	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
83.	**MITOMYCINUM**	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
84.	**MITOMYCINUM**	C43.3	CZERNIAK ZŁOSLIWY INNYCH I NIEOKRESLONYCH CZĘSCI TWARZY
85.	**MITOMYCINUM**	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
86.	**MITOMYCINUM**	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
87.	**MITOMYCINUM**	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
88.	**MITOMYCINUM**	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
89.	**MITOMYCINUM**	C43.8	CZERNIAK ZŁOSLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKRESLONE GRANICE
90.	**MITOMYCINUM**	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
91.	**MITOMYCINUM**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
92.	**MITOMYCINUM**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
93.	**MITOMYCINUM**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
94.	**MITOMYCINUM**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
95.	**MITOMYCINUM**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
96.	**MITOMYCINUM**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
97.	**MITOMYCINUM**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
98.	**MITOMYCINUM**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
99.	**MITOMYCINUM**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
100.	**MITOMYCINUM**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
101.	**MITOMYCINUM**	C51	RAK SROMU
102.	**MITOMYCINUM**	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
103.	**MITOMYCINUM**	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
104.	**MITOMYCINUM**	C51.2	ŁECHTACZKA
105.	**MITOMYCINUM**	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
106.	**MITOMYCINUM**	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
107.	**MITOMYCINUM**	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
108.	**MITOMYCINUM**	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
109.	**MITOMYCINUM**	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
110.	**MITOMYCINUM**	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
111.	**MITOMYCINUM**	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
112.	**MITOMYCINUM**	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
113.	**MITOMYCINUM**	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
114.	**MITOMYCINUM**	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
115.	**MITOMYCINUM**	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO
116.	**MITOMYCINUM**	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
117.	**MITOMYCINUM**	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
118.	**MITOMYCINUM**	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
119.	**MITOMYCINUM**	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
120.	**MITOMYCINUM**	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
121.	**MITOMYCINUM**	C67.7	MOCZOWNIK
122.	**MITOMYCINUM**	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
123.	**MITOMYCINUM**	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY

Załącznik C.43.

MITOTANUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**MITOTANUM**	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
2.	**MITOTANUM**	C74.0	KORA NADNERCZY
3.	**MITOTANUM**	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
4.	**MITOTANUM**	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
5.	**MITOTANUM**	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
6.	**MITOTANUM**	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
7.	**MITOTANUM**	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
8.	**MITOTANUM**	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
9.	**MITOTANUM**	C75.3	SZYSZYNKA
10.	**MITOTANUM**	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
11.	**MITOTANUM**	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
12.	**MITOTANUM**	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
13.	**MITOTANUM**	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY

Załącznik C.45.a.

OCTREOTIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**OCTREOTIDUM**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
2.	**OCTREOTIDUM**	C16.0	WPUST
3.	**OCTREOTIDUM**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
4.	**OCTREOTIDUM**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
5.	**OCTREOTIDUM**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
6.	**OCTREOTIDUM**	C16.4	ODŹWIERNIK
7.	**OCTREOTIDUM**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
8.	**OCTREOTIDUM**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
9.	**OCTREOTIDUM**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
10.	**OCTREOTIDUM**	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
11.	**OCTREOTIDUM**	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
12.	**OCTREOTIDUM**	C17.0	DWUNASTNICA
13.	**OCTREOTIDUM**	C17.1	JELITO CZCZE
14.	**OCTREOTIDUM**	C17.2	JELITO KRĘTE
15.	**OCTREOTIDUM**	C17.3	UCHYŁEK MECKELA
16.	**OCTREOTIDUM**	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
17.	**OCTREOTIDUM**	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
18.	**OCTREOTIDUM**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
19.	**OCTREOTIDUM**	C18.0	JELITO ŚLEPE
20.	**OCTREOTIDUM**	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
21.	**OCTREOTIDUM**	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
22.	**OCTREOTIDUM**	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
23.	**OCTREOTIDUM**	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
24.	**OCTREOTIDUM**	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
25.	**OCTREOTIDUM**	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
26.	**OCTREOTIDUM**	C18.7	ESICA
27.	**OCTREOTIDUM**	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
28.	**OCTREOTIDUM**	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
29.	**OCTREOTIDUM**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
30.	**OCTREOTIDUM**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
31.	**OCTREOTIDUM**	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
32.	**OCTREOTIDUM**	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
33.	**OCTREOTIDUM**	C25.1	TRZON TRZUSTKI
34.	**OCTREOTIDUM**	C25.2	OGON TRZUSTKI
35.	**OCTREOTIDUM**	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
36.	**OCTREOTIDUM**	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
37.	**OCTREOTIDUM**	C25.7	INNA CZĘŚC TRZUSTKI
38.	**OCTREOTIDUM**	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
39.	**OCTREOTIDUM**	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
40.	**OCTREOTIDUM**	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
41.	**OCTREOTIDUM**	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
42.	**OCTREOTIDUM**	C26.1	ŚLEDZIONA
43.	**OCTREOTIDUM**	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
44.	**OCTREOTIDUM**	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
45.	**OCTREOTIDUM**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
46.	**OCTREOTIDUM**	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
47.	**OCTREOTIDUM**	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
48.	**OCTREOTIDUM**	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
49.	**OCTREOTIDUM**	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
50.	**OCTREOTIDUM**	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
51.	**OCTREOTIDUM**	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
52.	**OCTREOTIDUM**	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
53.	**OCTREOTIDUM**	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
54.	**OCTREOTIDUM**	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
55.	**OCTREOTIDUM**	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
56.	**OCTREOTIDUM**	C75.3	SZYSZYNKA
57.	**OCTREOTIDUM**	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
58.	**OCTREOTIDUM**	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
59.	**OCTREOTIDUM**	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
60.	**OCTREOTIDUM**	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
61.	**OCTREOTIDUM**	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
62.	**OCTREOTIDUM**	E34.0	ZESPÓŁ RAKOWIAKA
63.	**OCTREOTIDUM**	E34.1	INNE NADMIERNE WYDZIELANIE HORMONÓW POCHODZENIA JELITOWEGO
64.	**OCTREOTIDUM**	E34.2	EKTOPOWE WYDZIELANIE HORMONÓW, GDZIE INDZIEJ NIESKLASYFIKOWANE
65.	**OCTREOTIDUM**	E34.8	INNE OKRESLONE ZABURZENIA WEWNĄTRZWYDZIELNICZE *z wyłączeniem zaburzeń czynności szyszynki i progerii*
66.	**OCTREOTIDUM**	E34.9	ZABURZENIA WEWNĄTRZWYDZIELNICZE, NIEOKREŚLONE

Załącznik C.45.b.

OCTREOTIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**OCTREOTIDUM**	D44.3	PRZYSADKA (NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO) w przypadku guzów typu tyreotropinoma (w przypadkach innych niż określone w ChPL) oraz kortykotropinoma

Załącznik C.46.

OXALIPLATINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**OXALIPLATINUM**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
2.	**OXALIPLATINUM**	C16.0	WPUST
3.	**OXALIPLATINUM**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
4.	**OXALIPLATINUM**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
5.	**OXALIPLATINUM**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
6.	**OXALIPLATINUM**	C16.4	ODŹWIERNIK
7.	**OXALIPLATINUM**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
8.	**OXALIPLATINUM**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
9.	**OXALIPLATINUM**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
10.	**OXALIPLATINUM**	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
11.	**OXALIPLATINUM**	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
12.	**OXALIPLATINUM**	C17.0	DWUNASTNICA
13.	**OXALIPLATINUM**	C17.1	JELITO CZCZE
14.	**OXALIPLATINUM**	C17.2	JELITO KRĘTE
15.	**OXALIPLATINUM**	C17.3	UCHYŁEK MECKELA
16.	**OXALIPLATINUM**	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
17.	**OXALIPLATINUM**	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
18.	**OXALIPLATINUM**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
19.	**OXALIPLATINUM**	C18.0	JELITO ŚLEPE
20.	**OXALIPLATINUM**	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21.	**OXALIPLATINUM**	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
22.	**OXALIPLATINUM**	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
23.	**OXALIPLATINUM**	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
24.	**OXALIPLATINUM**	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
25.	**OXALIPLATINUM**	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
26.	**OXALIPLATINUM**	C18.7	ESICA
27.	**OXALIPLATINUM**	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
28.	**OXALIPLATINUM**	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
29.	**OXALIPLATINUM**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
30.	**OXALIPLATINUM**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
31.	**OXALIPLATINUM**	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
32.	**OXALIPLATINUM**	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
33.	**OXALIPLATINUM**	C21.1	KANAŁ ODBYTU
34.	**OXALIPLATINUM**	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
35.	**OXALIPLATINUM**	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
36.	**OXALIPLATINUM**	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
37.	**OXALIPLATINUM**	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
38.	**OXALIPLATINUM**	C25.1	TRZON TRZUSTKI
39.	**OXALIPLATINUM**	C25.2	OGON TRZUSTKI
40.	**OXALIPLATINUM**	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
41.	**OXALIPLATINUM**	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
42.	**OXALIPLATINUM**	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
43.	**OXALIPLATINUM**	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
44.	**OXALIPLATINUM**	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
45.	**OXALIPLATINUM**	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
46.	**OXALIPLATINUM**	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
47.	**OXALIPLATINUM**	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
48.	**OXALIPLATINUM**	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE

Załącznik C.47.

PACLITAXELUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**PACLITAXELUM**	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2.	**PACLITAXELUM**	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3.	**PACLITAXELUM**	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4.	**PACLITAXELUM**	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5.	**PACLITAXELUM**	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6.	**PACLITAXELUM**	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7.	**PACLITAXELUM**	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8.	**PACLITAXELUM**	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9.	**PACLITAXELUM**	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10.	**PACLITAXELUM**	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11.	**PACLITAXELUM**	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12.	**PACLITAXELUM**	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13.	**PACLITAXELUM**	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14.	**PACLITAXELUM**	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15.	**PACLITAXELUM**	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16.	**PACLITAXELUM**	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17.	**PACLITAXELUM**	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18.	**PACLITAXELUM**	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19.	**PACLITAXELUM**	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20.	**PACLITAXELUM**	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA
21.	**PACLITAXELUM**	C03.0	DZIĄSŁO GÓRNE
22.	**PACLITAXELUM**	C03.1	DZIĄSŁO DOLNE
23.	**PACLITAXELUM**	C03.9	DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE
24.	**PACLITAXELUM**	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25.	**PACLITAXELUM**	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26.	**PACLITAXELUM**	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27.	**PACLITAXELUM**	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28.	**PACLITAXELUM**	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29.	**PACLITAXELUM**	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30.	**PACLITAXELUM**	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31.	**PACLITAXELUM**	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32.	**PACLITAXELUM**	C05.2	JĘZYCZEK
33.	**PACLITAXELUM**	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34.	**PACLITAXELUM**	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35.	**PACLITAXELUM**	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36.	**PACLITAXELUM**	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37.	**PACLITAXELUM**	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38.	**PACLITAXELUM**	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39.	**PACLITAXELUM**	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40.	**PACLITAXELUM**	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41.	**PACLITAXELUM**	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42.	**PACLITAXELUM**	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43.	**PACLITAXELUM**	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44.	**PACLITAXELUM**	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45.	**PACLITAXELUM**	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46.	**PACLITAXELUM**	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47.	**PACLITAXELUM**	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48.	**PACLITAXELUM**	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49.	**PACLITAXELUM**	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50.	**PACLITAXELUM**	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51.	**PACLITAXELUM**	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52.	**PACLITAXELUM**	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53.	**PACLITAXELUM**	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54.	**PACLITAXELUM**	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55.	**PACLITAXELUM**	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56.	**PACLITAXELUM**	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57.	**PACLITAXELUM**	C10.4	SZCZELINA SKRZELOWA
58.	**PACLITAXELUM**	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59.	**PACLITAXELUM**	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60.	**PACLITAXELUM**	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61.	**PACLITAXELUM**	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62.	**PACLITAXELUM**	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63.	**PACLITAXELUM**	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64.	**PACLITAXELUM**	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65.	**PACLITAXELUM**	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (PATRZ)
66.	**PACLITAXELUM**	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67.	**PACLITAXELUM**	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZACHYŁKA GRUSZKOWATEGO
68.	**PACLITAXELUM**	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69.	**PACLITAXELUM**	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70.	**PACLITAXELUM**	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71.	**PACLITAXELUM**	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72.	**PACLITAXELUM**	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73.	**PACLITAXELUM**	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74.	**PACLITAXELUM**	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75.	**PACLITAXELUM**	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76.	**PACLITAXELUM**	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77.	**PACLITAXELUM**	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78.	**PACLITAXELUM**	C15.1	PIERSIOWA CZĘSC PRZEŁYKU *w leczeniu miejscowo zaawansowanego płaskonabłonkowego raka przełyku w przypadku kojarzenia chemioterapii (paklitaksel i karboplatyna) z napromienianiem podczas wstępnego leczenia przed postępowaniem radykalnym z udziałem leczenia chirurgicznego*
79.	**PACLITAXELUM**	C15.2	BRZUSZNA CZĘSC PRZEŁYKU *w leczeniu miejscowo zaawansowanego płaskonabłonkowego raka przełyku w przypadku kojarzenia chemioterapii (paklitaksel i karboplatyna) z napromienianiem podczas wstępnego leczenia przed postępowaniem radykalnym z udziałem leczenia chirurgicznego*
80.	**PACLITAXELUM**	C15.4	SRODKOWA TRZECIA CZĘSC PRZEŁYKU *w leczeniu miejscowo zaawansowanego płaskonabłonkowego raka przełyku w przypadku kojarzenia chemioterapii (paklitaksel i karboplatyna) z napromienianiem podczas wstępnego leczenia przed postępowaniem radykalnym z udziałem leczenia chirurgicznego*
81.	**PACLITAXELUM**	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘSC PRZEŁYKU *w leczeniu miejscowo zaawansowanego płaskonabłonkowego raka przełyku w przypadku kojarzenia chemioterapii (paklitaksel i karboplatyna) z napromienianiem podczas wstępnego leczenia przed postępowaniem radykalnym z udziałem leczenia chirurgicznego*
82.	**PACLITAXELUM**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA *w przypadku zaawansowanego raka żołądka w drugiej linii leczenia*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
83.	**PACLITAXELUM**	C16.0	WPUST *w przypadku zaawansowanego raka żołądka w drugiej linii leczenia*
84.	**PACLITAXELUM**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA *w przypadku zaawansowanego raka żołądka w drugiej linii leczenia*
85.	**PACLITAXELUM**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA *w przypadku zaawansowanego raka żołądka w drugiej linii leczenia*
86.	**PACLITAXELUM**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA *w przypadku zaawansowanego raka żołądka w drugiej linii leczenia*
87.	**PACLITAXELUM**	C16.4	ODŹWIERNIK *w przypadku zaawansowanego raka żołądka w drugiej linii leczenia*
88.	**PACLITAXELUM**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA *w przypadku zaawansowanego raka żołądka w drugiej linii leczenia*
89.	**PACLITAXELUM**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA *w przypadku zaawansowanego raka żołądka w drugiej linii leczenia*
90.	**PACLITAXELUM**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA *w przypadku zaawansowanego raka żołądka w drugiej linii leczenia*
91.	**PACLITAXELUM**	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY *w przypadku zaawansowanego raka żołądka w drugiej linii leczenia*
92.	**PACLITAXELUM**	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
93.	**PACLITAXELUM**	C30.0	JAMA NOSOWA
94.	**PACLITAXELUM**	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
95.	**PACLITAXELUM**	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
96.	**PACLITAXELUM**	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
97.	**PACLITAXELUM**	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
98.	**PACLITAXELUM**	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
99.	**PACLITAXELUM**	C31.3	ZATOKA KLINOWA
100.	**PACLITAXELUM**	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
101.	**PACLITAXELUM**	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
102.	**PACLITAXELUM**	C32	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KRTANI
103.	**PACLITAXELUM**	C32.0	GŁOŚNIA
104.	**PACLITAXELUM**	C32.1	NAGŁOŚNIA
105.	**PACLITAXELUM**	C32.2	JAMA PODGŁOŚNIOWA
106.	**PACLITAXELUM**	C32.3	CHRZĄSTKI KRTANI
107.	**PACLITAXELUM**	C32.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KRTANI
108.	**PACLITAXELUM**	C32.9	KRTAŃ, NIEOKREŚLONA
109.	**PACLITAXELUM**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
110.	**PACLITAXELUM**	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
111.	**PACLITAXELUM**	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
112.	**PACLITAXELUM**	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
113.	**PACLITAXELUM**	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
114.	**PACLITAXELUM**	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
115.	**PACLITAXELUM**	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
116.	**PACLITAXELUM**	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
117.	**PACLITAXELUM**	C38.0	SERCE
118.	**PACLITAXELUM**	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
119.	**PACLITAXELUM**	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
120.	**PACLITAXELUM**	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
121.	**PACLITAXELUM**	C38.4	OPŁUCNA
122.	**PACLITAXELUM**	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
123.	**PACLITAXELUM**	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
124.	**PACLITAXELUM**	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
125.	**PACLITAXELUM**	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
126.	**PACLITAXELUM**	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
127.	**PACLITAXELUM**	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
128.	**PACLITAXELUM**	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
129.	**PACLITAXELUM**	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
130.	**PACLITAXELUM**	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
131.	**PACLITAXELUM**	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
132.	**PACLITAXELUM**	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
133.	**PACLITAXELUM**	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
134.	**PACLITAXELUM**	C46	MIĘSAK KAPOSI' EGO
135.	**PACLITAXELUM**	C46.0	MIĘSAK KAPOSI' EGO SKÓRY
136.	**PACLITAXELUM**	C46.1	MIĘSAK KAPOSI' EGO TKANKI MIĘKKIEJ
137.	**PACLITAXELUM**	C46.2	MIĘSAK KAPOSI' EGO PODNIEBIENIA
138.	**PACLITAXELUM**	C46.3	MIĘSAK KAPOSI' EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
139.	**PACLITAXELUM**	C46.7	MIĘSAK KAPOSI' EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
140.	**PACLITAXELUM**	C46.8	MIĘSAK KAPOSI' EGO LICZNYCH NARZĄDÓW
141.	**PACLITAXELUM**	C46.9	MIĘSAK KAPOSI' EGO, NIEOKREŚLONY
142.	**PACLITAXELUM**	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
143.	**PACLITAXELUM**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
144.	**PACLITAXELUM**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
145.	**PACLITAXELUM**	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
146.	**PACLITAXELUM**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
147.	**PACLITAXELUM**	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
148.	**PACLITAXELUM**	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
149.	**PACLITAXELUM**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
150.	**PACLITAXELUM**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
151.	**PACLITAXELUM**	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
152.	**PACLITAXELUM**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
153.	**PACLITAXELUM**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
154.	**PACLITAXELUM**	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
155.	**PACLITAXELUM**	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
156.	**PACLITAXELUM**	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
157.	**PACLITAXELUM**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
158.	**PACLITAXELUM**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
159.	**PACLITAXELUM**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
160.	**PACLITAXELUM**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
161.	**PACLITAXELUM**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
162.	**PACLITAXELUM**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
163.	**PACLITAXELUM**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
164.	**PACLITAXELUM**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
165.	**PACLITAXELUM**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
166.	**PACLITAXELUM**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
167.	**PACLITAXELUM**	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
168.	**PACLITAXELUM**	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
169.	**PACLITAXELUM**	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
170.	**PACLITAXELUM**	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICĘ SZYJKI MACICY
171.	**PACLITAXELUM**	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
172.	**PACLITAXELUM**	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
173.	**PACLITAXELUM**	C54.0	CIEŚŃ MACICY
174.	**PACLITAXELUM**	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
175.	**PACLITAXELUM**	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
176.	**PACLITAXELUM**	C54.3	DNO MACICY
177.	**PACLITAXELUM**	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
178.	**PACLITAXELUM**	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
179.	**PACLITAXELUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
180.	**PACLITAXELUM**	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
181.	**PACLITAXELUM**	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
182.	**PACLITAXELUM**	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY
183.	**PACLITAXELUM**	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
184.	**PACLITAXELUM**	C57.3	PRZYMACICZA
185.	**PACLITAXELUM**	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
186.	**PACLITAXELUM**	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
187.	**PACLITAXELUM**	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
188.	**PACLITAXELUM**	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
189.	**PACLITAXELUM**	C60	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA *w leczeniu wstępnym przed planowaną resekcją zmian pierwotnie nieoperacyjnych w przypadku* miejscowo *zaawansowanego lub uogólnionego płaskonabłonkowego raka prącia*
190.	**PACLITAXELUM**	C60.0	NAPLETEK *w leczeniu wstępnym przed planowaną resekcją zmian pierwotnie nieoperacyjnych w przypadku miejscowo*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
			zaawansowanego lub uogólnionego płaskonabłonkowego raka prącia
191.	**PACLITAXELUM**	C60.1	ŻOŁĄDŹ PRĄCIA *w leczeniu wstępnym przed planowaną resekcją zmian pierwotnie nieoperacyjnych w przypadku miejscowo zaawansowanego lub uogólnionego płaskonabłonkowego raka prącia*
192.	**PACLITAXELUM**	C60.2	TRZON PRĄCIA *w leczeniu wstępnym przed planowaną resekcją zmian pierwotnie nieoperacyjnych w przypadku miejscowo zaawansowanego lub uogólnionego płaskonabłonkowego raka prącia*
193.	**PACLITAXELUM**	C60.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA *w leczeniu wstępnym przed planowaną resekcją zmian pierwotnie nieoperacyjnych w przypadku miejscowo zaawansowanego lub uogólnionego płaskonabłonkowego raka prącia*
194.	**PACLITAXELUM**	C60.9	PRĄCIE, NIEOKREŚLONE *w leczeniu wstępnym przed planowaną resekcją zmian pierwotnie nieoperacyjnych w przypadku miejscowo zaawansowanego lub uogólnionego płaskonabłonkowego raka prącia*
195.	**PACLITAXELUM**	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
196.	**PACLITAXELUM**	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
197.	**PACLITAXELUM**	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
198.	**PACLITAXELUM**	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
199.	**PACLITAXELUM**	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
200.	**PACLITAXELUM**	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
201.	**PACLITAXELUM**	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO
202.	**PACLITAXELUM**	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
203.	**PACLITAXELUM**	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
204.	**PACLITAXELUM**	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
205.	**PACLITAXELUM**	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
206.	**PACLITAXELUM**	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
207.	**PACLITAXELUM**	C67.7	MOCZOWNIK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
208.	**PACLITAXELUM**	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
209.	**PACLITAXELUM**	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
210.	**PACLITAXELUM**	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
211.	**PACLITAXELUM**	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
212.	**PACLITAXELUM**	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
213.	**PACLITAXELUM**	C76.2	BRZUCH
214.	**PACLITAXELUM**	C76.3	MIEDNICA
215.	**PACLITAXELUM**	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
216.	**PACLITAXELUM**	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
217.	**PACLITAXELUM**	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
218.	**PACLITAXELUM**	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
219.	**PACLITAXELUM**	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
220.	**PACLITAXELUM**	D39.2	CIĄŻOWA CHOROBA TROFOBLASTYCZNA

Załącznik C.48.

PEGASPARGASUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**PEGASPARGASUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
2.	**PEGASPARGASUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
3.	**PEGASPARGASUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
4.	**PEGASPARGASUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
5.	**PEGASPARGASUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
6.	**PEGASPARGASUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
7.	**PEGASPARGASUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
8.	**PEGASPARGASUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
9.	**PEGASPARGASUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
10.	**PEGASPARGASUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
11.	**PEGASPARGASUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
12.	**PEGASPARGASUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
13.	**PEGASPARGASUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
14.	**PEGASPARGASUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
15.	**PEGASPARGASUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
16.	**PEGASPARGASUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
17.	**PEGASPARGASUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
18.	**PEGASPARGASUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
19.	**PEGASPARGASUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
20.	**PEGASPARGASUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
21.	**PEGASPARGASUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
22.	**PEGASPARGASUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
23.	**PEGASPARGASUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
24.	**PEGASPARGASUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
25.	**PEGASPARGASUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
26.	**PEGASPARGASUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
27.	**PEGASPARGASUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
28.	**PEGASPARGASUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
29.	**PEGASPARGASUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
30.	**PEGASPARGASUM**	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
31.	**PEGASPARGASUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
32.	**PEGASPARGASUM**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
33.	**PEGASPARGASUM**	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
34.	**PEGASPARGASUM**	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
35.	**PEGASPARGASUM**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
36.	**PEGASPARGASUM**	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
37.	**PEGASPARGASUM**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
38.	**PEGASPARGASUM**	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
39.	**PEGASPARGASUM**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
40.	**PEGASPARGASUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
41.	**PEGASPARGASUM**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
42.	**PEGASPARGASUM**	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43.	**PEGASPARGASUM**	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
44.	**PEGASPARGASUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
45.	**PEGASPARGASUM**	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
46.	**PEGASPARGASUM**	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
47.	**PEGASPARGASUM**	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.49.

PEMETREKSED

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**PEMETREKSED**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA *w przypadku leczenia pacjentów dorosłych z rozpoznaniem:* *1) gruczolakoraka płuca lub* *2) wielkokomórkowego raka płuca, lub* *3) niedrobnokomórkowego raka płuca z przewagą wymienionych typów histologicznych*
2.	**PEMETREKSED**	C45	MIĘDZYBŁONIAK

Załącznik C.51.

RITUXIMABUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**RITUXIMABUM**	C81.0	CHOROBA HODGKINA, PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
2.	**RITUXIMABUM**	C82.0	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY) Z MAŁYCH KOMÓREK Z WPUKLONYM JĄDREM
3.	**RITUXIMABUM**	C82.1	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY) MIESZANY Z MAŁYCH KOMÓREK Z WPUKLONYM JĄDREM I Z DUŻYCH KOMÓREK
4.	**RITUXIMABUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO (GRUDKOWEGO)
5.	**RITUXIMABUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY), NIEOKREŚLONY
6.	**RITUXIMABUM**	C83.0	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY Z MAŁYCH KOMÓREK
7.	**RITUXIMABUM**	C83.1	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY Z MAŁYCH KOMÓREK Z WPUKLONYM JĄDREM
8.	**RITUXIMABUM**	C83.2	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY MIESZANY Z MAŁYCH I DUŻYCH KOMÓREK
9.	**RITUXIMABUM**	C83.3	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY WIELKOKOMÓRKOWY
10.	**RITUXIMABUM**	C83.4	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY IMMUNOBLASTYCZNY
11.	**RITUXIMABUM**	C83.5	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY LIMFOBLASTYCZNY
12.	**RITUXIMABUM**	C83.6	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY NIEZRÓŻNICOWANY
13.	**RITUXIMABUM**	C83.7	GUZ BURKITTA
14.	**RITUXIMABUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
15.	**RITUXIMABUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
16.	**RITUXIMABUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
17.	**RITUXIMABUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
18.	**RITUXIMABUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
19.	**RITUXIMABUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
20.	**RITUXIMABUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
21.	**RITUXIMABUM**	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA

22.	**RITUXIMABUM**	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
23.	**RITUXIMABUM**	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
24.	**RITUXIMABUM**	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
25.	**RITUXIMABUM**	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
26.	**RITUXIMABUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
27.	**RITUXIMABUM**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
28.	**RITUXIMABUM**	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
29.	**RITUXIMABUM**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
30.	**RITUXIMABUM**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
31.	**RITUXIMABUM**	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.52.

TAMOXIFENUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**TAMOXIFENUM**	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
2.	**TAMOXIFENUM**	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
3.	**TAMOXIFENUM**	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
4.	**TAMOXIFENUM**	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
5.	**TAMOXIFENUM**	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
6.	**TAMOXIFENUM**	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
7.	**TAMOXIFENUM**	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
8.	**TAMOXIFENUM**	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
9.	**TAMOXIFENUM**	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
10.	**TAMOXIFENUM**	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
11.	**TAMOXIFENUM**	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
12.	**TAMOXIFENUM**	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
13.	**TAMOXIFENUM**	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
14.	**TAMOXIFENUM**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
15.	**TAMOXIFENUM**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
16.	**TAMOXIFENUM**	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
17.	**TAMOXIFENUM**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
18.	**TAMOXIFENUM**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
19.	**TAMOXIFENUM**	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
20.	**TAMOXIFENUM**	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
21.	**TAMOXIFENUM**	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
22.	**TAMOXIFENUM**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
23.	**TAMOXIFENUM**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
24.	**TAMOXIFENUM**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
25.	**TAMOXIFENUM**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
26.	**TAMOXIFENUM**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
27.	**TAMOXIFENUM**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
28.	**TAMOXIFENUM**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
29.	**TAMOXIFENUM**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
30.	**TAMOXIFENUM**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
31.	**TAMOXIFENUM**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
32.	**TAMOXIFENUM**	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
33.	**TAMOXIFENUM**	C54.0	CIEŚŃ MACICY
34.	**TAMOXIFENUM**	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
35.	**TAMOXIFENUM**	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
36.	**TAMOXIFENUM**	C54.3	DNO MACICY
37.	**TAMOXIFENUM**	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
38.	**TAMOXIFENUM**	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
39.	**TAMOXIFENUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
40.	**TAMOXIFENUM**	D03	CZERNIAK IN SITU
41.	**TAMOXIFENUM**	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
42.	**TAMOXIFENUM**	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43.	**TAMOXIFENUM**	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
44.	**TAMOXIFENUM**	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
45.	**TAMOXIFENUM**	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
46.	**TAMOXIFENUM**	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
47.	**TAMOXIFENUM**	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
48.	**TAMOXIFENUM**	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
49.	**TAMOXIFENUM**	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
50.	**TAMOXIFENUM**	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
51.	**TAMOXIFENUM**	Q85.0	NERWIAKOWŁÓKNIAKOWATOŚĆ NIEZŁOŚLIWA
52.	**TAMOXIFENUM**	Q85.1	STWARDNIENIE GUZOWATE
53.	**TAMOXIFENUM**	Q85.8	INNE FAKOMATOZY NIE SKLASYFIKOWANE GDZIE INDZIEJ
54.	**TAMOXIFENUM**	Q85.9	FAKOMATOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.55.

THIOTEPUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**THIOTEPUM**	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
2.	**THIOTEPUM**	C38.0	SERCE
3.	**THIOTEPUM**	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
4.	**THIOTEPUM**	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
5.	**THIOTEPUM**	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
6.	**THIOTEPUM**	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
7.	**THIOTEPUM**	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
8.	**THIOTEPUM**	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
9.	**THIOTEPUM**	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
10.	**THIOTEPUM**	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
11.	**THIOTEPUM**	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
12.	**THIOTEPUM**	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
13.	**THIOTEPUM**	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
14.	**THIOTEPUM**	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
15.	**THIOTEPUM**	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
16.	**THIOTEPUM**	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
17.	**THIOTEPUM**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
18.	**THIOTEPUM**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
19.	**THIOTEPUM**	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
20.	**THIOTEPUM**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
21.	**THIOTEPUM**	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
22.	**THIOTEPUM**	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
23.	**THIOTEPUM**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
24.	**THIOTEPUM**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
25.	**THIOTEPUM**	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
26.	**THIOTEPUM**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
27.	**THIOTEPUM**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
28.	**THIOTEPUM**	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
29.	**THIOTEPUM**	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
30.	**THIOTEPUM**	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
31.	**THIOTEPUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
32.	**THIOTEPUM**	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
33.	**THIOTEPUM**	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
34.	**THIOTEPUM**	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
35.	**THIOTEPUM**	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO
36.	**THIOTEPUM**	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
37.	**THIOTEPUM**	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
38.	**THIOTEPUM**	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
39.	**THIOTEPUM**	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
40.	**THIOTEPUM**	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
41.	**THIOTEPUM**	C67.7	MOCZOWNIK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
42.	**THIOTEPUM**	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
43.	**THIOTEPUM**	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
44.	**THIOTEPUM**	C69	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA
45.	**THIOTEPUM**	C69.0	SPOJÓWKA
46.	**THIOTEPUM**	C69.1	ROGÓWKA
47.	**THIOTEPUM**	C69.2	SIATKÓWKA
48.	**THIOTEPUM**	C69.3	NACZYNIÓWKA
49.	**THIOTEPUM**	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
50.	**THIOTEPUM**	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
51.	**THIOTEPUM**	C69.6	OCZODÓŁ
52.	**THIOTEPUM**	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
53.	**THIOTEPUM**	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
54.	**THIOTEPUM**	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
55.	**THIOTEPUM**	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
56.	**THIOTEPUM**	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
57.	**THIOTEPUM**	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
58.	**THIOTEPUM**	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
59.	**THIOTEPUM**	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
60.	**THIOTEPUM**	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
61.	**THIOTEPUM**	C71.6	MÓŻDŻEK
62.	**THIOTEPUM**	C71.7	PIEŃ MÓZGU
63.	**THIOTEPUM**	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
64.	**THIOTEPUM**	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
65.	**THIOTEPUM**	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
66.	**THIOTEPUM**	C74.9	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY (NADNERCZE NIEOKREŚLONE)
67.	**THIOTEPUM**	C81	CHOROBA HODGKINA
68.	**THIOTEPUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
69.	**THIOTEPUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
70.	**THIOTEPUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
71.	**THIOTEPUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
72.	**THIOTEPUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
73.	**THIOTEPUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
74.	**THIOTEPUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
75.	**THIOTEPUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
76.	**THIOTEPUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
77.	**THIOTEPUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
78.	**THIOTEPUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
79.	**THIOTEPUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
80.	**THIOTEPUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
81.	**THIOTEPUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
82.	**THIOTEPUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
83.	**THIOTEPUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
84.	**THIOTEPUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
85.	**THIOTEPUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
86.	**THIOTEPUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
87.	**THIOTEPUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
88.	**THIOTEPUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
89.	**THIOTEPUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
90.	**THIOTEPUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
91.	**THIOTEPUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
92.	**THIOTEPUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
93.	**THIOTEPUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
94.	**THIOTEPUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
95.	**THIOTEPUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
96.	**THIOTEPUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
97.	**THIOTEPUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
98.	**THIOTEPUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
99.	**THIOTEPUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
100.	**THIOTEPUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
101.	**THIOTEPUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
102.	**THIOTEPUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY

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.58.

TRETINOINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**TRETINOINUM**	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
2.	**TRETINOINUM**	C38.0	SERCE
3.	**TRETINOINUM**	C38.1	ŚRÓDPIERSIE PRZEDNIE
4.	**TRETINOINUM**	C38.2	ŚRÓDPIERSIE TYLNE
5.	**TRETINOINUM**	C38.3	ŚRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
6.	**TRETINOINUM**	C38.4	OPŁUCNA
7.	**TRETINOINUM**	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
8.	**TRETINOINUM**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
9.	**TRETINOINUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
10.	**TRETINOINUM**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
11.	**TRETINOINUM**	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
12.	**TRETINOINUM**	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
13.	**TRETINOINUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
14.	**TRETINOINUM**	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
15.	**TRETINOINUM**	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
16.	**TRETINOINUM**	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
17.	**TRETINOINUM**	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
18.	**TRETINOINUM**	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
19.	**TRETINOINUM**	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
20.	**TRETINOINUM**	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
21.	**TRETINOINUM**	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
22.	**TRETINOINUM**	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA

23.	**TRETINOINUM**	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
24.	**TRETINOINUM**	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA

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 NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
141.	**VINCRISTINUM**	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
142.	**VINCRISTINUM**	C30.0	JAMA NOSOWA
143.	**VINCRISTINUM**	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
144.	**VINCRISTINUM**	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
145.	**VINCRISTINUM**	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
146.	**VINCRISTINUM**	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
147.	**VINCRISTINUM**	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
148.	**VINCRISTINUM**	C31.3	ZATOKA KLINOWA
149.	**VINCRISTINUM**	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
150.	**VINCRISTINUM**	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
151.	**VINCRISTINUM**	C33	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TCHAWICY
152.	**VINCRISTINUM**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
153.	**VINCRISTINUM**	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
154.	**VINCRISTINUM**	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
155.	**VINCRISTINUM**	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
156.	**VINCRISTINUM**	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
157.	**VINCRISTINUM**	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
158.	**VINCRISTINUM**	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
159.	**VINCRISTINUM**	C37	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
160.	**VINCRISTINUM**	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
161.	**VINCRISTINUM**	C38.0	SERCE
162.	**VINCRISTINUM**	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
163.	**VINCRISTINUM**	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
164.	**VINCRISTINUM**	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
165.	**VINCRISTINUM**	C38.4	OPŁUCNA
166.	**VINCRISTINUM**	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
167.	**VINCRISTINUM**	C39	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
168.	**VINCRISTINUM**	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
169.	**VINCRISTINUM**	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
170.	**VINCRISTINUM**	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
171.	**VINCRISTINUM**	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
172.	**VINCRISTINUM**	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
173.	**VINCRISTINUM**	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
174.	**VINCRISTINUM**	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
175.	**VINCRISTINUM**	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
176.	**VINCRISTINUM**	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
177.	**VINCRISTINUM**	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
178.	**VINCRISTINUM**	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
179.	**VINCRISTINUM**	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
180.	**VINCRISTINUM**	C41.1	ŻUCHWA
181.	**VINCRISTINUM**	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
182.	**VINCRISTINUM**	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
183.	**VINCRISTINUM**	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
184.	**VINCRISTINUM**	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
185.	**VINCRISTINUM**	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
186.	**VINCRISTINUM**	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
187.	**VINCRISTINUM**	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
188.	**VINCRISTINUM**	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
189.	**VINCRISTINUM**	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
190.	**VINCRISTINUM**	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
191.	**VINCRISTINUM**	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
192.	**VINCRISTINUM**	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
193.	**VINCRISTINUM**	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
194.	**VINCRISTINUM**	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
195.	**VINCRISTINUM**	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
196.	**VINCRISTINUM**	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
197.	**VINCRISTINUM**	C45	MIĘDZYBŁONIAK
198.	**VINCRISTINUM**	C45.0	MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ
199.	**VINCRISTINUM**	C45.1	MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ
200.	**VINCRISTINUM**	C45.2	MIĘDZYBŁONIAK OSIERDZIA
201.	**VINCRISTINUM**	C45.7	MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
202.	**VINCRISTINUM**	C45.9	MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY
203.	**VINCRISTINUM**	C46	MIĘSAK KAPOSI'EGO
204.	**VINCRISTINUM**	C46.0	MIĘSAK KAPOSI'EGO SKÓRY
205.	**VINCRISTINUM**	C46.1	MIĘSAK KAPOSI'EGO TKANKI MIĘKKIEJ
206.	**VINCRISTINUM**	C46.2	MIĘSAK KAPOSI'EGO PODNIEBIENIA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
207.	**VINCRISTINUM**	C46.3	MIĘSAK KAPOSI' EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
208.	**VINCRISTINUM**	C46.7	MIĘSAK KAPOSI' EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
209.	**VINCRISTINUM**	C46.8	MIĘSAK KAPOSI' EGO LICZNYCH NARZĄDÓW
210.	**VINCRISTINUM**	C46.9	MIĘSAK KAPOSI' EGO, NIEOKREŚLONY
211.	**VINCRISTINUM**	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
212.	**VINCRISTINUM**	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
213.	**VINCRISTINUM**	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
214.	**VINCRISTINUM**	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
215.	**VINCRISTINUM**	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
216.	**VINCRISTINUM**	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
217.	**VINCRISTINUM**	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
218.	**VINCRISTINUM**	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
219.	**VINCRISTINUM**	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
220.	**VINCRISTINUM**	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
221.	**VINCRISTINUM**	C48.	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
222.	**VINCRISTINUM**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
223.	**VINCRISTINUM**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
224.	**VINCRISTINUM**	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
225.	**VINCRISTINUM**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
226.	**VINCRISTINUM**	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
227.	**VINCRISTINUM**	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
228.	**VINCRISTINUM**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
229.	**VINCRISTINUM**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
230.	**VINCRISTINUM**	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
231.	**VINCRISTINUM**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
232.	**VINCRISTINUM**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
233.	**VINCRISTINUM**	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
234.	**VINCRISTINUM**	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
235.	**VINCRISTINUM**	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
236.	**VINCRISTINUM**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
237.	**VINCRISTINUM**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
238.	**VINCRISTINUM**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
239.	**VINCRISTINUM**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
240.	**VINCRISTINUM**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
241.	**VINCRISTINUM**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
242.	**VINCRISTINUM**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
243.	**VINCRISTINUM**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
244.	**VINCRISTINUM**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
245.	**VINCRISTINUM**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
246.	**VINCRISTINUM**	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
247.	**VINCRISTINUM**	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
248.	**VINCRISTINUM**	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
249.	**VINCRISTINUM**	C51.2	ŁECHTACZKA
250.	**VINCRISTINUM**	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
251.	**VINCRISTINUM**	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
252.	**VINCRISTINUM**	C52	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
253.	**VINCRISTINUM**	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
254.	**VINCRISTINUM**	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
255.	**VINCRISTINUM**	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
256.	**VINCRISTINUM**	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
257.	**VINCRISTINUM**	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
258.	**VINCRISTINUM**	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
259.	**VINCRISTINUM**	C54.0	CIEŚŃ MACICY
260.	**VINCRISTINUM**	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
261.	**VINCRISTINUM**	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
262.	**VINCRISTINUM**	C54.3	DNO MACICY
263.	**VINCRISTINUM**	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
264.	**VINCRISTINUM**	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
265.	**VINCRISTINUM**	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
266.	**VINCRISTINUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
267.	**VINCRISTINUM**	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
268.	**VINCRISTINUM**	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
269.	**VINCRISTINUM**	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY
270.	**VINCRISTINUM**	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
271.	**VINCRISTINUM**	C57.3	PRZYMACICZA
272.	**VINCRISTINUM**	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
273.	**VINCRISTINUM**	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
274.	**VINCRISTINUM**	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
275.	**VINCRISTINUM**	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
276.	**VINCRISTINUM**	C58	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
277.	**VINCRISTINUM**	C60	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA
278.	**VINCRISTINUM**	C60.0	NAPLETEK
279.	**VINCRISTINUM**	C60.1	ŻOŁĄDŹ PRĄCIA
280.	**VINCRISTINUM**	C60.2	TRZON PRĄCIA
281.	**VINCRISTINUM**	C60.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA
282.	**VINCRISTINUM**	C60.9	PRĄCIE, NIEOKREŚLONE
283.	**VINCRISTINUM**	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
284.	**VINCRISTINUM**	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
285.	**VINCRISTINUM**	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
286.	**VINCRISTINUM**	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
287.	**VINCRISTINUM**	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
288.	**VINCRISTINUM**	C63	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
289.	**VINCRISTINUM**	C63.0	NAJĄDRZE
290.	**VINCRISTINUM**	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
291.	**VINCRISTINUM**	C63.2	MOSZNA
292.	**VINCRISTINUM**	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
293.	**VINCRISTINUM**	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
294.	**VINCRISTINUM**	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
295.	**VINCRISTINUM**	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
296.	**VINCRISTINUM**	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
297.	**VINCRISTINUM**	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
298.	**VINCRISTINUM**	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
299.	**VINCRISTINUM**	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
300.	**VINCRISTINUM**	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
301.	**VINCRISTINUM**	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
302.	**VINCRISTINUM**	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
303.	**VINCRISTINUM**	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
304.	**VINCRISTINUM**	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
305.	**VINCRISTINUM**	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
306.	**VINCRISTINUM**	C67.7	MOCZOWNIK
307.	**VINCRISTINUM**	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
308.	**VINCRISTINUM**	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
309.	**VINCRISTINUM**	C68	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
310.	**VINCRISTINUM**	C68.0	CEWKA MOCZOWA
311.	**VINCRISTINUM**	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
312.	**VINCRISTINUM**	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
313.	**VINCRISTINUM**	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
314.	**VINCRISTINUM**	C69	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA
315.	**VINCRISTINUM**	C69.0	SPOJÓWKA
316.	**VINCRISTINUM**	C69.1	ROGÓWKA
317.	**VINCRISTINUM**	C69.2	SIATKÓWKA
318.	**VINCRISTINUM**	C69.3	NACZYNIÓWKA
319.	**VINCRISTINUM**	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
320.	**VINCRISTINUM**	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
321.	**VINCRISTINUM**	C69.6	OCZODÓŁ
322.	**VINCRISTINUM**	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
323.	**VINCRISTINUM**	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
324.	**VINCRISTINUM**	C70	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
325.	**VINCRISTINUM**	C70.0	OPONY MÓZGOWE
326.	**VINCRISTINUM**	C70.1	OPONY RDZENIOWE
327.	**VINCRISTINUM**	C70.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
328.	**VINCRISTINUM**	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
329.	**VINCRISTINUM**	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
330.	**VINCRISTINUM**	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
331.	**VINCRISTINUM**	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
332.	**VINCRISTINUM**	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
333.	**VINCRISTINUM**	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
334.	**VINCRISTINUM**	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
335.	**VINCRISTINUM**	C71.6	MÓŻDŻEK
336.	**VINCRISTINUM**	C71.7	PIEŃ MÓZGU
337.	**VINCRISTINUM**	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
338.	**VINCRISTINUM**	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
339.	**VINCRISTINUM**	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
340.	**VINCRISTINUM**	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
341.	**VINCRISTINUM**	C72.1	OGON KOŃSKI
342.	**VINCRISTINUM**	C72.2	NERW WĘCHOWY
343.	**VINCRISTINUM**	C72.3	NERW WZROKOWY
344.	**VINCRISTINUM**	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
345.	**VINCRISTINUM**	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
346.	**VINCRISTINUM**	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
347.	**VINCRISTINUM**	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
348.	**VINCRISTINUM**	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
349.	**VINCRISTINUM**	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
350.	**VINCRISTINUM**	C74.0	KORA NADNERCZY
351.	**VINCRISTINUM**	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
352.	**VINCRISTINUM**	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
353.	**VINCRISTINUM**	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
354.	**VINCRISTINUM**	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
355.	**VINCRISTINUM**	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
356.	**VINCRISTINUM**	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
357.	**VINCRISTINUM**	C75.3	SZYSZYNKA
358.	**VINCRISTINUM**	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
359.	**VINCRISTINUM**	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
360.	**VINCRISTINUM**	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
361.	**VINCRISTINUM**	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
362.	**VINCRISTINUM**	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
363.	**VINCRISTINUM**	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
364.	**VINCRISTINUM**	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
365.	**VINCRISTINUM**	C76.2	BRZUCH
366.	**VINCRISTINUM**	C76.3	MIEDNICA
367.	**VINCRISTINUM**	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
368.	**VINCRISTINUM**	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
369.	**VINCRISTINUM**	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
370.	**VINCRISTINUM**	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
371.	**VINCRISTINUM**	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
372.	**VINCRISTINUM**	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
373.	**VINCRISTINUM**	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
374.	**VINCRISTINUM**	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ
375.	**VINCRISTINUM**	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY
376.	**VINCRISTINUM**	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY
377.	**VINCRISTINUM**	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
378.	**VINCRISTINUM**	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
379.	**VINCRISTINUM**	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
380.	**VINCRISTINUM**	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGI I TRAWIENNEGO
381.	**VINCRISTINUM**	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
382.	**VINCRISTINUM**	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
383.	**VINCRISTINUM**	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
384.	**VINCRISTINUM**	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
385.	**VINCRISTINUM**	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
386.	**VINCRISTINUM**	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
387.	**VINCRISTINUM**	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
388.	**VINCRISTINUM**	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
389.	**VINCRISTINUM**	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
390.	**VINCRISTINUM**	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
391.	**VINCRISTINUM**	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
392.	**VINCRISTINUM**	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
393.	**VINCRISTINUM**	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
394.	**VINCRISTINUM**	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
395.	**VINCRISTINUM**	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
396.	**VINCRISTINUM**	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
397.	**VINCRISTINUM**	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
398.	**VINCRISTINUM**	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
399.	**VINCRISTINUM**	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
400.	**VINCRISTINUM**	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
401.	**VINCRISTINUM**	C81	CHOROBA HODGKINA
402.	**VINCRISTINUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
403.	**VINCRISTINUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
404.	**VINCRISTINUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
405.	**VINCRISTINUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
406.	**VINCRISTINUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
407.	**VINCRISTINUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
408.	**VINCRISTINUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
409.	**VINCRISTINUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
410.	**VINCRISTINUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
411.	**VINCRISTINUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
412.	**VINCRISTINUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
413.	**VINCRISTINUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
414.	**VINCRISTINUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
415.	**VINCRISTINUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
416.	**VINCRISTINUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
417.	**VINCRISTINUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
418.	**VINCRISTINUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
419.	**VINCRISTINUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
420.	**VINCRISTINUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
421.	**VINCRISTINUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
422.	**VINCRISTINUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
423.	**VINCRISTINUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
424.	**VINCRISTINUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
425.	**VINCRISTINUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
426.	**VINCRISTINUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
427.	**VINCRISTINUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
428.	**VINCRISTINUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
429.	**VINCRISTINUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
430.	**VINCRISTINUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
431.	**VINCRISTINUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
432.	**VINCRISTINUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
433.	**VINCRISTINUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
434.	**VINCRISTINUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
435.	**VINCRISTINUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
436.	**VINCRISTINUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
437.	**VINCRISTINUM**	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
438.	**VINCRISTINUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
439.	**VINCRISTINUM**	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
440.	**VINCRISTINUM**	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
441.	**VINCRISTINUM**	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
442.	**VINCRISTINUM**	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
443.	**VINCRISTINUM**	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
444.	**VINCRISTINUM**	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
445.	**VINCRISTINUM**	C90.0	SZPICZAK MNOGI
446.	**VINCRISTINUM**	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
447.	**VINCRISTINUM**	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
448.	**VINCRISTINUM**	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
449.	**VINCRISTINUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
450.	**VINCRISTINUM**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
451.	**VINCRISTINUM**	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
452.	**VINCRISTINUM**	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
453.	**VINCRISTINUM**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
454.	**VINCRISTINUM**	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
455.	**VINCRISTINUM**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
456.	**VINCRISTINUM**	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
457.	**VINCRISTINUM**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
458.	**VINCRISTINUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
459.	**VINCRISTINUM**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
460.	**VINCRISTINUM**	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
461.	**VINCRISTINUM**	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
462.	**VINCRISTINUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
463.	**VINCRISTINUM**	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
464.	**VINCRISTINUM**	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
465.	**VINCRISTINUM**	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
466.	**VINCRISTINUM**	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
467.	**VINCRISTINUM**	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
468.	**VINCRISTINUM**	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
469.	**VINCRISTINUM**	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
470.	**VINCRISTINUM**	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
471.	**VINCRISTINUM**	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
472.	**VINCRISTINUM**	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
473.	**VINCRISTINUM**	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
474.	**VINCRISTINUM**	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
475.	**VINCRISTINUM**	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
476.	**VINCRISTINUM**	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
477.	**VINCRISTINUM**	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
478.	**VINCRISTINUM**	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
479.	**VINCRISTINUM**	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
480.	**VINCRISTINUM**	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
481.	**VINCRISTINUM**	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
482.	**VINCRISTINUM**	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
483.	**VINCRISTINUM**	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
484.	**VINCRISTINUM**	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
485.	**VINCRISTINUM**	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
486.	**VINCRISTINUM**	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
487.	**VINCRISTINUM**	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
488.	**VINCRISTINUM**	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
489.	**VINCRISTINUM**	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
490.	**VINCRISTINUM**	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
491.	**VINCRISTINUM**	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
492.	**VINCRISTINUM**	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
493.	**VINCRISTINUM**	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
494.	**VINCRISTINUM**	D00.2	ŻOŁĄDEK
495.	**VINCRISTINUM**	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
496.	**VINCRISTINUM**	D01.0	OKRĘŻNICA
497.	**VINCRISTINUM**	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
498.	**VINCRISTINUM**	D01.2	ODBYTNICA
499.	**VINCRISTINUM**	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
500.	**VINCRISTINUM**	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA
501.	**VINCRISTINUM**	D01.5	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
502.	**VINCRISTINUM**	D01.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE
503.	**VINCRISTINUM**	D01.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
504.	**VINCRISTINUM**	D03	CZERNIAK IN SITU
505.	**VINCRISTINUM**	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
506.	**VINCRISTINUM**	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
507.	**VINCRISTINUM**	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
508.	**VINCRISTINUM**	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
509.	**VINCRISTINUM**	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
510.	**VINCRISTINUM**	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
511.	**VINCRISTINUM**	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
512.	**VINCRISTINUM**	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
513.	**VINCRISTINUM**	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
514.	**VINCRISTINUM**	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
515.	**VINCRISTINUM**	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY
516.	**VINCRISTINUM**	D06.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
517.	**VINCRISTINUM**	D06.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
518.	**VINCRISTINUM**	D06.7	INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY
519.	**VINCRISTINUM**	D06.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
520.	**VINCRISTINUM**	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
521.	**VINCRISTINUM**	D07.0	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
522.	**VINCRISTINUM**	D07.1	SROM
523.	**VINCRISTINUM**	D07.2	POCHWA
524.	**VINCRISTINUM**	D07.3	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE
525.	**VINCRISTINUM**	D07.4	PRĄCIE
526.	**VINCRISTINUM**	D07.5	GRUCZOŁ KROKOWY
527.	**VINCRISTINUM**	D07.6	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
528.	**VINCRISTINUM**	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
529.	**VINCRISTINUM**	D09.0	PĘCHERZ MOCZOWY
530.	**VINCRISTINUM**	D09.1	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
531.	**VINCRISTINUM**	D09.2	OKO
532.	**VINCRISTINUM**	D09.3	TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
533.	**VINCRISTINUM**	D09.7	RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
534.	**VINCRISTINUM**	D09.9	RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
535.	**VINCRISTINUM**	D10	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
536.	**VINCRISTINUM**	D10.0	WARGA
537.	**VINCRISTINUM**	D10.1	JĘZYK
538.	**VINCRISTINUM**	D10.2	DNO JAMY USTNEJ
539.	**VINCRISTINUM**	D10.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ
540.	**VINCRISTINUM**	D10.4	MIGDAŁEK
541.	**VINCRISTINUM**	D10.5	INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE
542.	**VINCRISTINUM**	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
543.	**VINCRISTINUM**	D10.7	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA
544.	**VINCRISTINUM**	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
545.	**VINCRISTINUM**	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
546.	**VINCRISTINUM**	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
547.	**VINCRISTINUM**	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
548.	**VINCRISTINUM**	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
549.	**VINCRISTINUM**	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY,ODBYTNICY,ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
550.	**VINCRISTINUM**	D12.0	JELITO ŚLEPE
551.	**VINCRISTINUM**	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
552.	**VINCRISTINUM**	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
553.	**VINCRISTINUM**	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
554.	**VINCRISTINUM**	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
555.	**VINCRISTINUM**	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
556.	**VINCRISTINUM**	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
557.	**VINCRISTINUM**	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
558.	**VINCRISTINUM**	D12.8	ODBYTNICA
559.	**VINCRISTINUM**	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
560.	**VINCRISTINUM**	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
561.	**VINCRISTINUM**	D13.0	PRZEŁYK
562.	**VINCRISTINUM**	D13.1	ŻOŁĄDEK
563.	**VINCRISTINUM**	D13.2	DWUNASTNICA
564.	**VINCRISTINUM**	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
565.	**VINCRISTINUM**	D13.4	WĄTROBA
566.	**VINCRISTINUM**	D13.5	DROGI ŻÓŁCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE
567.	**VINCRISTINUM**	D13.6	TRZUSTKA
568.	**VINCRISTINUM**	D13.7	WYSPY TRZUSTKI
569.	**VINCRISTINUM**	D13.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
570.	**VINCRISTINUM**	D14	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
571.	**VINCRISTINUM**	D14.0	UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE
572.	**VINCRISTINUM**	D14.1	KRTAŃ
573.	**VINCRISTINUM**	D14.2	TCHAWICA
574.	**VINCRISTINUM**	D14.3	OSKRZELA I PŁUCA
575.	**VINCRISTINUM**	D14.4	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE
576.	**VINCRISTINUM**	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
577.	**VINCRISTINUM**	D15.0	GRASICA
578.	**VINCRISTINUM**	D15.1	SERCE
579.	**VINCRISTINUM**	D15.2	ŚRÓDPIERSIE
580.	**VINCRISTINUM**	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
581.	**VINCRISTINUM**	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
582.	**VINCRISTINUM**	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
583.	**VINCRISTINUM**	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
584.	**VINCRISTINUM**	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
585.	**VINCRISTINUM**	D16.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
586.	**VINCRISTINUM**	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
587.	**VINCRISTINUM**	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
588.	**VINCRISTINUM**	D16.5	ŻUCHWA
589.	**VINCRISTINUM**	D16.6	KRĘGOSŁUP
590.	**VINCRISTINUM**	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
591.	**VINCRISTINUM**	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
592.	**VINCRISTINUM**	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
593.	**VINCRISTINUM**	D18	NACZYNIAKI KRWIONOŚNE I NACZYNIAKI CHŁONNE JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
594.	**VINCRISTINUM**	D18.0	NACZYNIAK KRWIONOŚNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
595.	**VINCRISTINUM**	D18.1	NACZYNIAK CHŁONNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
596.	**VINCRISTINUM**	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
597.	**VINCRISTINUM**	D20.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
598.	**VINCRISTINUM**	D20.1	OTRZEWNA
599.	**VINCRISTINUM**	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
600.	**VINCRISTINUM**	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI
601.	**VINCRISTINUM**	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
602.	**VINCRISTINUM**	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
603.	**VINCRISTINUM**	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
604.	**VINCRISTINUM**	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA
605.	**VINCRISTINUM**	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
606.	**VINCRISTINUM**	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
607.	**VINCRISTINUM**	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE
608.	**VINCRISTINUM**	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
609.	**VINCRISTINUM**	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
610.	**VINCRISTINUM**	D28.0	SROM
611.	**VINCRISTINUM**	D28.1	POCHWA
612.	**VINCRISTINUM**	D28.2	JAJOWODY I WIĘZADŁA
613.	**VINCRISTINUM**	D28.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
614.	**VINCRISTINUM**	D28.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
615.	**VINCRISTINUM**	D29	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
616.	**VINCRISTINUM**	D29.0	PRĄCIE
617.	**VINCRISTINUM**	D29.1	GRUCZOŁ KROKOWY
618.	**VINCRISTINUM**	D29.2	JĄDRO
619.	**VINCRISTINUM**	D29.3	NAJĄDRZE
620.	**VINCRISTINUM**	D29.4	MOSZNA
621.	**VINCRISTINUM**	D29.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
622.	**VINCRISTINUM**	D29.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
623.	**VINCRISTINUM**	D30	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
624.	**VINCRISTINUM**	D30.0	NERKA
625.	**VINCRISTINUM**	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA
626.	**VINCRISTINUM**	D30.2	MOCZOWÓD

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
627.	**VINCRISTINUM**	D30.3	PĘCHERZ MOCZOWY
628.	**VINCRISTINUM**	D30.4	CEWKA MOCZOWA
629.	**VINCRISTINUM**	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
630.	**VINCRISTINUM**	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
631.	**VINCRISTINUM**	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA
632.	**VINCRISTINUM**	D31.0	SPOJÓWKA
633.	**VINCRISTINUM**	D31.1	ROGÓWKA
634.	**VINCRISTINUM**	D31.2	SIATKÓWKA
635.	**VINCRISTINUM**	D31.3	NACZYNIÓWKA
636.	**VINCRISTINUM**	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE
637.	**VINCRISTINUM**	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
638.	**VINCRISTINUM**	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
639.	**VINCRISTINUM**	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
640.	**VINCRISTINUM**	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH
641.	**VINCRISTINUM**	D32.0	OPONY MÓZGOWE
642.	**VINCRISTINUM**	D32.1	OPONY RDZENIOWE
643.	**VINCRISTINUM**	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
644.	**VINCRISTINUM**	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
645.	**VINCRISTINUM**	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
646.	**VINCRISTINUM**	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
647.	**VINCRISTINUM**	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
648.	**VINCRISTINUM**	D33.3	NERWY CZASZKOWE
649.	**VINCRISTINUM**	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY
650.	**VINCRISTINUM**	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
651.	**VINCRISTINUM**	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY
652.	**VINCRISTINUM**	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
653.	**VINCRISTINUM**	D35	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
654.	**VINCRISTINUM**	D35.0	NADNERCZA
655.	**VINCRISTINUM**	D35.1	PRZYTARCZYCE
656.	**VINCRISTINUM**	D35.2	PRZYSADKA
657.	**VINCRISTINUM**	D35.3	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
658.	**VINCRISTINUM**	D35.4	SZYSZYNKA
659.	**VINCRISTINUM**	D35.5	KŁĘBEK SZYJNY
660.	**VINCRISTINUM**	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
661.	**VINCRISTINUM**	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
662.	**VINCRISTINUM**	D35.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
663.	**VINCRISTINUM**	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
664.	**VINCRISTINUM**	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
665.	**VINCRISTINUM**	D36.0	WĘZŁY CHŁONNE
666.	**VINCRISTINUM**	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
667.	**VINCRISTINUM**	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
668.	**VINCRISTINUM**	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
669.	**VINCRISTINUM**	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
670.	**VINCRISTINUM**	D37.0	WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO
671.	**VINCRISTINUM**	D37.1	ŻOŁĄDEK
672.	**VINCRISTINUM**	D37.2	JELITO CIENKIE
673.	**VINCRISTINUM**	D37.3	JELIO ŚLEPE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
674.	**VINCRISTINUM**	D37.4	OKRĘŻNICA
675.	**VINCRISTINUM**	D37.5	ODBYTNICA
676.	**VINCRISTINUM**	D37.6	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
677.	**VINCRISTINUM**	D37.7	INNE NARZĄDY TRAWIENNE
678.	**VINCRISTINUM**	D37.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
679.	**VINCRISTINUM**	D38	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ
680.	**VINCRISTINUM**	D38.0	KRTAŃ
681.	**VINCRISTINUM**	D38.1	TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA
682.	**VINCRISTINUM**	D38.2	OPŁUCNA
683.	**VINCRISTINUM**	D38.3	ŚRÓDPIERSIE
684.	**VINCRISTINUM**	D38.4	GRASICA
685.	**VINCRISTINUM**	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
686.	**VINCRISTINUM**	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
687.	**VINCRISTINUM**	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
688.	**VINCRISTINUM**	D39.0	MACICA
689.	**VINCRISTINUM**	D39.1	JAJNIK
690.	**VINCRISTINUM**	D39.2	ŁOŻYSKO
691.	**VINCRISTINUM**	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
692.	**VINCRISTINUM**	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
693.	**VINCRISTINUM**	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
694.	**VINCRISTINUM**	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
695.	**VINCRISTINUM**	D40.1	JĄDRO
696.	**VINCRISTINUM**	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
697.	**VINCRISTINUM**	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
698.	**VINCRISTINUM**	D41	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
699.	**VINCRISTINUM**	D41.0	NERKA
700.	**VINCRISTINUM**	D41.1	MIEDNICZKA NERKOWA
701.	**VINCRISTINUM**	D41.2	MOCZOWÓD
702.	**VINCRISTINUM**	D41.3	CEWKA MOCZOWA
703.	**VINCRISTINUM**	D41.4	PĘCHERZ MOCZOWY
704.	**VINCRISTINUM**	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
705.	**VINCRISTINUM**	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
706.	**VINCRISTINUM**	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
707.	**VINCRISTINUM**	D42.0	OPONY MÓZGOWE
708.	**VINCRISTINUM**	D42.1	OPONY RDZENIOWE
709.	**VINCRISTINUM**	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
710.	**VINCRISTINUM**	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
711.	**VINCRISTINUM**	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
712.	**VINCRISTINUM**	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
713.	**VINCRISTINUM**	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
714.	**VINCRISTINUM**	D43.3	NERWY CZASZKOWE
715.	**VINCRISTINUM**	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
716.	**VINCRISTINUM**	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
717.	**VINCRISTINUM**	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
718.	**VINCRISTINUM**	D44	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
719.	**VINCRISTINUM**	D44.0	TARCZYCA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
720.	**VINCRISTINUM**	D44.1	NADNERCZA
721.	**VINCRISTINUM**	D44.2	PRZYTARCZYCE
722.	**VINCRISTINUM**	D44.3	PRZYSADKA
723.	**VINCRISTINUM**	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
724.	**VINCRISTINUM**	D44.5	SZYSZYNKA
725.	**VINCRISTINUM**	D44.6	KŁĘBEK SZYJNY
726.	**VINCRISTINUM**	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
727.	**VINCRISTINUM**	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
728.	**VINCRISTINUM**	D44.9	GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE
729.	**VINCRISTINUM**	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)
730.	**VINCRISTINUM**	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
731.	**VINCRISTINUM**	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
732.	**VINCRISTINUM**	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
733.	**VINCRISTINUM**	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
734.	**VINCRISTINUM**	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
735.	**VINCRISTINUM**	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
736.	**VINCRISTINUM**	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
737.	**VINCRISTINUM**	D48.4	OTRZEWNA
738.	**VINCRISTINUM**	D48.5	SKÓRA
739.	**VINCRISTINUM**	D48.6	SUTEK
740.	**VINCRISTINUM**	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
741.	**VINCRISTINUM**	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
742.	**VINCRISTINUM**	D69.3	SAMOISTNA PLAMICA MAŁOPŁYTKOWA
743.	**VINCRISTINUM**	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
744.	**VINCRISTINUM**	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
745.	**VINCRISTINUM**	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTARNY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM
746.	**VINCRISTINUM**	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
747.	**VINCRISTINUM**	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE,POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
748.	**VINCRISTINUM**	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA,POSTAĆ NEUROPATYCZNA
749.	**VINCRISTINUM**	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
750.	**VINCRISTINUM**	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
751.	**VINCRISTINUM**	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
752.	**VINCRISTINUM**	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
753.	**VINCRISTINUM**	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.63.

VINORELBINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**VINORELBINUM**	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2.	**VINORELBINUM**	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3.	**VINORELBINUM**	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4.	**VINORELBINUM**	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5.	**VINORELBINUM**	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6.	**VINORELBINUM**	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7.	**VINORELBINUM**	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8.	**VINORELBINUM**	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9.	**VINORELBINUM**	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10.	**VINORELBINUM**	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11.	**VINORELBINUM**	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12.	**VINORELBINUM**	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13.	**VINORELBINUM**	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14.	**VINORELBINUM**	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15.	**VINORELBINUM**	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16.	**VINORELBINUM**	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17.	**VINORELBINUM**	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18.	**VINORELBINUM**	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19.	**VINORELBINUM**	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY
20.	**VINORELBINUM**	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA
21.	**VINORELBINUM**	C03.0	DZIĄSŁO GÓRNE
22.	**VINORELBINUM**	C03.1	DZIĄSŁO DOLNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
23.	**VINORELBINUM**	C03.9	DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE
24.	**VINORELBINUM**	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25.	**VINORELBINUM**	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26.	**VINORELBINUM**	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27.	**VINORELBINUM**	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28.	**VINORELBINUM**	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29.	**VINORELBINUM**	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30.	**VINORELBINUM**	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31.	**VINORELBINUM**	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32.	**VINORELBINUM**	C05.2	JĘZYCZEK
33.	**VINORELBINUM**	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34.	**VINORELBINUM**	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35.	**VINORELBINUM**	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36.	**VINORELBINUM**	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37.	**VINORELBINUM**	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38.	**VINORELBINUM**	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39.	**VINORELBINUM**	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40.	**VINORELBINUM**	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41.	**VINORELBINUM**	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42.	**VINORELBINUM**	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
43.	**VINORELBINUM**	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44.	**VINORELBINUM**	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45.	**VINORELBINUM**	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46.	**VINORELBINUM**	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47.	**VINORELBINUM**	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48.	**VINORELBINUM**	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49.	**VINORELBINUM**	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
50.	**VINORELBINUM**	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51.	**VINORELBINUM**	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52.	**VINORELBINUM**	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53.	**VINORELBINUM**	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54.	**VINORELBINUM**	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55.	**VINORELBINUM**	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56.	**VINORELBINUM**	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57.	**VINORELBINUM**	C10.4	SZCZELINA SKRZELOWA
58.	**VINORELBINUM**	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59.	**VINORELBINUM**	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60.	**VINORELBINUM**	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61.	**VINORELBINUM**	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62.	**VINORELBINUM**	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63.	**VINORELBINUM**	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64.	**VINORELBINUM**	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65.	**VINORELBINUM**	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66.	**VINORELBINUM**	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
67.	**VINORELBINUM**	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU GRUSZKOWATEGO
68.	**VINORELBINUM**	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69.	**VINORELBINUM**	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70.	**VINORELBINUM**	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71.	**VINORELBINUM**	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72.	**VINORELBINUM**	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73.	**VINORELBINUM**	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74.	**VINORELBINUM**	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75.	**VINORELBINUM**	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
76.	**VINORELBINUM**	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77.	**VINORELBINUM**	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78.	**VINORELBINUM**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
79.	**VINORELBINUM**	C16.0	WPUST
80.	**VINORELBINUM**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
81.	**VINORELBINUM**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
82.	**VINORELBINUM**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
83.	**VINORELBINUM**	C16.4	ODŹWIERNIK
84.	**VINORELBINUM**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
85.	**VINORELBINUM**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
86.	**VINORELBINUM**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
87.	**VINORELBINUM**	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
88.	**VINORELBINUM**	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
89.	**VINORELBINUM**	C17.0	DWUNASTNICA
90.	**VINORELBINUM**	C17.1	JELITO CZCZE
91.	**VINORELBINUM**	C17.2	JELITO KRĘTE
92.	**VINORELBINUM**	C17.3	UCHYŁEK MECKELA
93.	**VINORELBINUM**	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
94.	**VINORELBINUM**	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
95.	**VINORELBINUM**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
96.	**VINORELBINUM**	C18.0	JELITO ŚLEPE
97.	**VINORELBINUM**	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
98.	**VINORELBINUM**	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
99.	**VINORELBINUM**	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
100.	**VINORELBINUM**	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
101.	**VINORELBINUM**	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
102.	**VINORELBINUM**	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
103.	**VINORELBINUM**	C18.7	ESICA
104.	**VINORELBINUM**	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
105.	**VINORELBINUM**	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
106.	**VINORELBINUM**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
107.	**VINORELBINUM**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
108.	**VINORELBINUM**	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
109.	**VINORELBINUM**	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
110.	**VINORELBINUM**	C21.1	KANAŁ ODBYTU
111.	**VINORELBINUM**	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
112.	**VINORELBINUM**	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
113.	**VINORELBINUM**	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
114.	**VINORELBINUM**	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
115.	**VINORELBINUM**	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
116.	**VINORELBINUM**	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
117.	**VINORELBINUM**	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
118.	**VINORELBINUM**	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
119.	**VINORELBINUM**	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
120.	**VINORELBINUM**	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
121.	**VINORELBINUM**	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
122.	**VINORELBINUM**	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
123.	**VINORELBINUM**	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE
124.	**VINORELBINUM**	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
125.	**VINORELBINUM**	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
126.	**VINORELBINUM**	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
127.	**VINORELBINUM**	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
128.	**VINORELBINUM**	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
129.	**VINORELBINUM**	C25.1	TRZON TRZUSTKI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
130.	**VINORELBINUM**	C25.2	OGON TRZUSTKI
131.	**VINORELBINUM**	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
132.	**VINORELBINUM**	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
133.	**VINORELBINUM**	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
134.	**VINORELBINUM**	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
135.	**VINORELBINUM**	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
136.	**VINORELBINUM**	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
137.	**VINORELBINUM**	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
138.	**VINORELBINUM**	C26.1	ŚLEDZIONA
139.	**VINORELBINUM**	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
140.	**VINORELBINUM**	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
141.	**VINORELBINUM**	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
142.	**VINORELBINUM**	C30.0	JAMA NOSOWA
143.	**VINORELBINUM**	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
144.	**VINORELBINUM**	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
145.	**VINORELBINUM**	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
146.	**VINORELBINUM**	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
147.	**VINORELBINUM**	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
148.	**VINORELBINUM**	C31.3	ZATOKA KLINOWA
149.	**VINORELBINUM**	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
150.	**VINORELBINUM**	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
151.	**VINORELBINUM**	C33	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TCHAWICY
152.	**VINORELBINUM**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
153.	**VINORELBINUM**	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
154.	**VINORELBINUM**	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
155.	**VINORELBINUM**	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
156.	**VINORELBINUM**	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
157.	**VINORELBINUM**	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
158.	**VINORELBINUM**	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
159.	**VINORELBINUM**	C37	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
160.	**VINORELBINUM**	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
161.	**VINORELBINUM**	C38.0	SERCE
162.	**VINORELBINUM**	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
163.	**VINORELBINUM**	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
164.	**VINORELBINUM**	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
165.	**VINORELBINUM**	C38.4	OPŁUCNA
166.	**VINORELBINUM**	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
167.	**VINORELBINUM**	C39	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
168.	**VINORELBINUM**	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
169.	**VINORELBINUM**	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
170.	**VINORELBINUM**	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
171.	**VINORELBINUM**	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
172.	**VINORELBINUM**	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
173.	**VINORELBINUM**	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
174.	**VINORELBINUM**	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
175.	**VINORELBINUM**	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
176.	**VINORELBINUM**	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
177.	**VINORELBINUM**	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
178.	**VINORELBINUM**	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
179.	**VINORELBINUM**	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
180.	**VINORELBINUM**	C41.1	ŻUCHWA
181.	**VINORELBINUM**	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
182.	**VINORELBINUM**	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
183.	**VINORELBINUM**	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
184.	**VINORELBINUM**	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
185.	**VINORELBINUM**	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
186.	**VINORELBINUM**	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
187.	**VINORELBINUM**	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
188.	**VINORELBINUM**	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
189.	**VINORELBINUM**	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
190.	**VINORELBINUM**	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
191.	**VINORELBINUM**	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
192.	**VINORELBINUM**	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
193.	**VINORELBINUM**	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
194.	**VINORELBINUM**	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
195.	**VINORELBINUM**	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
196.	**VINORELBINUM**	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
197.	**VINORELBINUM**	C45.0	MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ w przypadku złośliwego międzybłoniaka opłucnej w stadium zaawansowanym
198.	**VINORELBINUM**	C46	MIĘSAK KAPOSI' EGO
199.	**VINORELBINUM**	C46.0	MIĘSAK KAPOSI' EGO SKÓRY
200.	**VINORELBINUM**	C46.1	MIĘSAK KAPOSI' EGO TKANKI MIĘKKIEJ
201.	**VINORELBINUM**	C46.2	MIĘSAK KAPOSI' EGO PODNIEBIENIA
202.	**VINORELBINUM**	C46.3	MIĘSAK KAPOSI' EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
203.	**VINORELBINUM**	C46.7	MIĘSAK KAPOSI' EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
204.	**VINORELBINUM**	C46.8	MIĘSAK KAPOSI' EGO LICZNYCH NARZĄDÓW
205.	**VINORELBINUM**	C46.9	MIĘSAK KAPOSI' EGO, NIEOKREŚLONY
206.	**VINORELBINUM**	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
207.	**VINORELBINUM**	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
208.	**VINORELBINUM**	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
209.	**VINORELBINUM**	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
210.	**VINORELBINUM**	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
211.	**VINORELBINUM**	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
212.	**VINORELBINUM**	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
213.	**VINORELBINUM**	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
214.	**VINORELBINUM**	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
215.	**VINORELBINUM**	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
216.	**VINORELBINUM**	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
217.	**VINORELBINUM**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
218.	**VINORELBINUM**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
219.	**VINORELBINUM**	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
220.	**VINORELBINUM**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
221.	**VINORELBINUM**	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
222.	**VINORELBINUM**	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
223.	**VINORELBINUM**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
224.	**VINORELBINUM**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
225.	**VINORELBINUM**	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
226.	**VINORELBINUM**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
227.	**VINORELBINUM**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
228.	**VINORELBINUM**	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
229.	**VINORELBINUM**	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
230.	**VINORELBINUM**	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
231.	**VINORELBINUM**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
232.	**VINORELBINUM**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
233.	**VINORELBINUM**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
234.	**VINORELBINUM**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
235.	**VINORELBINUM**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
236.	**VINORELBINUM**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
237.	**VINORELBINUM**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
238.	**VINORELBINUM**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
239.	**VINORELBINUM**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
240.	**VINORELBINUM**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
241.	**VINORELBINUM**	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
242.	**VINORELBINUM**	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
243.	**VINORELBINUM**	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
244.	**VINORELBINUM**	C51.2	ŁECHTACZKA
245.	**VINORELBINUM**	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
246.	**VINORELBINUM**	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
247.	**VINORELBINUM**	C52	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
248.	**VINORELBINUM**	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
249.	**VINORELBINUM**	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
250.	**VINORELBINUM**	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
251.	**VINORELBINUM**	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICĘ SZYJKI MACICY
252.	**VINORELBINUM**	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
253.	**VINORELBINUM**	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
254.	**VINORELBINUM**	C54.0	CIEŚŃ MACICY
255.	**VINORELBINUM**	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
256.	**VINORELBINUM**	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
257.	**VINORELBINUM**	C54.3	DNO MACICY
258.	**VINORELBINUM**	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
259.	**VINORELBINUM**	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
260.	**VINORELBINUM**	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
261.	**VINORELBINUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
262.	**VINORELBINUM**	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
263.	**VINORELBINUM**	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
264.	**VINORELBINUM**	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY
265.	**VINORELBINUM**	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
266.	**VINORELBINUM**	C57.3	PRZYMACICZA
267.	**VINORELBINUM**	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
268.	**VINORELBINUM**	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
269.	**VINORELBINUM**	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
270.	**VINORELBINUM**	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
271.	**VINORELBINUM**	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
272.	**VINORELBINUM**	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
273.	**VINORELBINUM**	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
274.	**VINORELBINUM**	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
275.	**VINORELBINUM**	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
276.	**VINORELBINUM**	C63	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
277.	**VINORELBINUM**	C63.0	NAJĄDRZE
278.	**VINORELBINUM**	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
279.	**VINORELBINUM**	C63.2	MOSZNA
280.	**VINORELBINUM**	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
281.	**VINORELBINUM**	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
282.	**VINORELBINUM**	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
283.	**VINORELBINUM**	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
284.	**VINORELBINUM**	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
285.	**VINORELBINUM**	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
286.	**VINORELBINUM**	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
287.	**VINORELBINUM**	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
288.	**VINORELBINUM**	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO
289.	**VINORELBINUM**	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
290.	**VINORELBINUM**	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
291.	**VINORELBINUM**	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
292.	**VINORELBINUM**	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
293.	**VINORELBINUM**	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
294.	**VINORELBINUM**	C67.7	MOCZOWNIK
295.	**VINORELBINUM**	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
296.	**VINORELBINUM**	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
297.	**VINORELBINUM**	C68	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
298.	**VINORELBINUM**	C68.0	CEWKA MOCZOWA
299.	**VINORELBINUM**	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
300.	**VINORELBINUM**	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
301.	**VINORELBINUM**	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
302.	**VINORELBINUM**	C69	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA
303.	**VINORELBINUM**	C69.0	SPOJÓWKA
304.	**VINORELBINUM**	C69.1	ROGÓWKA
305.	**VINORELBINUM**	C69.2	SIATKÓWKA
306.	**VINORELBINUM**	C69.3	NACZYNIÓWKA
307.	**VINORELBINUM**	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
308.	**VINORELBINUM**	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
309.	**VINORELBINUM**	C69.6	OCZODÓŁ
310.	**VINORELBINUM**	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
311.	**VINORELBINUM**	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
312.	**VINORELBINUM**	C70	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON
313.	**VINORELBINUM**	C70.0	OPONY MÓZGOWE
314.	**VINORELBINUM**	C70.1	OPONY RDZENIOWE
315.	**VINORELBINUM**	C70.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
316.	**VINORELBINUM**	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
317.	**VINORELBINUM**	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
318.	**VINORELBINUM**	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
319.	**VINORELBINUM**	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
320.	**VINORELBINUM**	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
321.	**VINORELBINUM**	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
322.	**VINORELBINUM**	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
323.	**VINORELBINUM**	C71.6	MÓŻDŻEK
324.	**VINORELBINUM**	C71.7	PIEŃ MÓZGU
325.	**VINORELBINUM**	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
326.	**VINORELBINUM**	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
327.	**VINORELBINUM**	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
328.	**VINORELBINUM**	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
329.	**VINORELBINUM**	C72.1	OGON KOŃSKI
330.	**VINORELBINUM**	C72.2	NERW WĘCHOWY
331.	**VINORELBINUM**	C72.3	NERW WZROKOWY
332.	**VINORELBINUM**	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
333.	**VINORELBINUM**	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
334.	**VINORELBINUM**	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
335.	**VINORELBINUM**	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
336.	**VINORELBINUM**	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
337.	**VINORELBINUM**	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
338.	**VINORELBINUM**	C74.0	KORA NADNERCZY
339.	**VINORELBINUM**	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
340.	**VINORELBINUM**	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
341.	**VINORELBINUM**	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
342.	**VINORELBINUM**	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
343.	**VINORELBINUM**	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
344.	**VINORELBINUM**	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
345.	**VINORELBINUM**	C75.3	SZYSZYNKA
346.	**VINORELBINUM**	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
347.	**VINORELBINUM**	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
348.	**VINORELBINUM**	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
349.	**VINORELBINUM**	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
350.	**VINORELBINUM**	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
351.	**VINORELBINUM**	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
352.	**VINORELBINUM**	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
353.	**VINORELBINUM**	C76.2	BRZUCH
354.	**VINORELBINUM**	C76.3	MIEDNICA
355.	**VINORELBINUM**	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
356.	**VINORELBINUM**	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
357.	**VINORELBINUM**	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
358.	**VINORELBINUM**	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
359.	**VINORELBINUM**	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
360.	**VINORELBINUM**	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
361.	**VINORELBINUM**	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
362.	**VINORELBINUM**	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ
363.	**VINORELBINUM**	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY
364.	**VINORELBINUM**	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY
365.	**VINORELBINUM**	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
366.	**VINORELBINUM**	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
367.	**VINORELBINUM**	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
368.	**VINORELBINUM**	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGI I TRAWIENNEGO
369.	**VINORELBINUM**	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
370.	**VINORELBINUM**	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
371.	**VINORELBINUM**	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
372.	**VINORELBINUM**	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
373.	**VINORELBINUM**	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
374.	**VINORELBINUM**	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
375.	**VINORELBINUM**	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
376.	**VINORELBINUM**	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
377.	**VINORELBINUM**	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
378.	**VINORELBINUM**	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
379.	**VINORELBINUM**	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
380.	**VINORELBINUM**	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
381.	**VINORELBINUM**	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
382.	**VINORELBINUM**	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
383.	**VINORELBINUM**	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
384.	**VINORELBINUM**	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
385.	**VINORELBINUM**	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
386.	**VINORELBINUM**	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
387.	**VINORELBINUM**	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
388.	**VINORELBINUM**	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
389.	**VINORELBINUM**	C81	CHOROBA HODGKINA
390.	**VINORELBINUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
391.	**VINORELBINUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
392.	**VINORELBINUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
393.	**VINORELBINUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
394.	**VINORELBINUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
395.	**VINORELBINUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
396.	**VINORELBINUM**	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
			POKREWNYCH
397.	**VINORELBINUM**	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
398.	**VINORELBINUM**	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
399.	**VINORELBINUM**	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
400.	**VINORELBINUM**	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
401.	**VINORELBINUM**	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
402.	**VINORELBINUM**	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
403.	**VINORELBINUM**	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
404.	**VINORELBINUM**	D00.2	ŻOŁĄDEK
405.	**VINORELBINUM**	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
406.	**VINORELBINUM**	D01.0	OKRĘŻNICA
407.	**VINORELBINUM**	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
408.	**VINORELBINUM**	D01.2	ODBYTNICA
409.	**VINORELBINUM**	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
410.	**VINORELBINUM**	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA
411.	**VINORELBINUM**	D01.5	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
412.	**VINORELBINUM**	D01.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE
413.	**VINORELBINUM**	D01.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
414.	**VINORELBINUM**	D03	CZERNIAK IN SITU
415.	**VINORELBINUM**	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
416.	**VINORELBINUM**	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
417.	**VINORELBINUM**	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
418.	**VINORELBINUM**	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
419.	**VINORELBINUM**	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
420.	**VINORELBINUM**	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
421.	**VINORELBINUM**	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
422.	**VINORELBINUM**	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
423.	**VINORELBINUM**	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
424.	**VINORELBINUM**	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
425.	**VINORELBINUM**	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY
426.	**VINORELBINUM**	D06.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
427.	**VINORELBINUM**	D06.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
428.	**VINORELBINUM**	D06.7	INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY
429.	**VINORELBINUM**	D06.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
430.	**VINORELBINUM**	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
431.	**VINORELBINUM**	D07.0	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
432.	**VINORELBINUM**	D07.1	SROM
433.	**VINORELBINUM**	D07.2	POCHWA
434.	**VINORELBINUM**	D07.3	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE
435.	**VINORELBINUM**	D07.4	PRĄCIE
436.	**VINORELBINUM**	D07.5	GRUCZOŁ KROKOWY
437.	**VINORELBINUM**	D07.6	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
438.	**VINORELBINUM**	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
439.	**VINORELBINUM**	D09.0	PĘCHERZ MOCZOWY
440.	**VINORELBINUM**	D09.1	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
441.	**VINORELBINUM**	D09.2	OKO
442.	**VINORELBINUM**	D09.3	TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
443.	**VINORELBINUM**	D09.7	RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
444.	**VINORELBINUM**	D09.9	RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
445.	**VINORELBINUM**	D10	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
446.	**VINORELBINUM**	D10.0	WARGA
447.	**VINORELBINUM**	D10.1	JĘZYK
448.	**VINORELBINUM**	D10.2	DNO JAMY USTNEJ
449.	**VINORELBINUM**	D10.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
450.	**VINORELBINUM**	D10.4	MIGDAŁEK
451.	**VINORELBINUM**	D10.5	INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE
452.	**VINORELBINUM**	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
453.	**VINORELBINUM**	D10.7	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA
454.	**VINORELBINUM**	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
455.	**VINORELBINUM**	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
456.	**VINORELBINUM**	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
457.	**VINORELBINUM**	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
458.	**VINORELBINUM**	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
459.	**VINORELBINUM**	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY,ODBYTNICY,ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
460.	**VINORELBINUM**	D12.0	JELITO ŚLEPE
461.	**VINORELBINUM**	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
462.	**VINORELBINUM**	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
463.	**VINORELBINUM**	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
464.	**VINORELBINUM**	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
465.	**VINORELBINUM**	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
466.	**VINORELBINUM**	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
467.	**VINORELBINUM**	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
468.	**VINORELBINUM**	D12.8	ODBYTNICA
469.	**VINORELBINUM**	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
470.	**VINORELBINUM**	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
471.	**VINORELBINUM**	D13.0	PRZEŁYK
472.	**VINORELBINUM**	D13.1	ŻOŁĄDEK
473.	**VINORELBINUM**	D13.2	DWUNASTNICA
474.	**VINORELBINUM**	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
475.	**VINORELBINUM**	D13.4	WĄTROBA
476.	**VINORELBINUM**	D13.5	DROGI ŻÓŁCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
477.	**VINORELBINUM**	D13.6	TRZUSTKA
478.	**VINORELBINUM**	D13.7	WYSPY TRZUSTKI
479.	**VINORELBINUM**	D13.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
480.	**VINORELBINUM**	D14	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
481.	**VINORELBINUM**	D14.0	UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE
482.	**VINORELBINUM**	D14.1	KRTAŃ
483.	**VINORELBINUM**	D14.2	TCHAWICA
484.	**VINORELBINUM**	D14.3	OSKRZELA I PŁUCA
485.	**VINORELBINUM**	D14.4	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE
486.	**VINORELBINUM**	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
487.	**VINORELBINUM**	D15.0	GRASICA
488.	**VINORELBINUM**	D15.1	SERCE
489.	**VINORELBINUM**	D15.2	SRÓDPIERSIE
490.	**VINORELBINUM**	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
491.	**VINORELBINUM**	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
492.	**VINORELBINUM**	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
493.	**VINORELBINUM**	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
494.	**VINORELBINUM**	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
495.	**VINORELBINUM**	D16.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
496.	**VINORELBINUM**	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
497.	**VINORELBINUM**	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
498.	**VINORELBINUM**	D16.5	ŻUCHWA
499.	**VINORELBINUM**	D16.6	KRĘGOSŁUP
500.	**VINORELBINUM**	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
501.	**VINORELBINUM**	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
502.	**VINORELBINUM**	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
503.	**VINORELBINUM**	D18	NACZYNIAKI KRWIONOŚNE I NACZYNIAKI CHŁONNE JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
504.	**VINORELBINUM**	D18.0	NACZYNIAK KRWIONOŚNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
505.	**VINORELBINUM**	D18.1	NACZYNIAK CHŁONNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
506.	**VINORELBINUM**	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
507.	**VINORELBINUM**	D20.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
508.	**VINORELBINUM**	D20.1	OTRZEWNA
509.	**VINORELBINUM**	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
510.	**VINORELBINUM**	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI
511.	**VINORELBINUM**	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
512.	**VINORELBINUM**	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
513.	**VINORELBINUM**	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
514.	**VINORELBINUM**	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA
515.	**VINORELBINUM**	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
516.	**VINORELBINUM**	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
517.	**VINORELBINUM**	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE
518.	**VINORELBINUM**	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
519.	**VINORELBINUM**	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
520.	**VINORELBINUM**	D28.0	SROM
521.	**VINORELBINUM**	D28.1	POCHWA
522.	**VINORELBINUM**	D28.2	JAJOWODY I WIĘZADŁA
523.	**VINORELBINUM**	D28.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
524.	**VINORELBINUM**	D28.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
525.	**VINORELBINUM**	D29	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
526.	**VINORELBINUM**	D29.0	PRĄCIE
527.	**VINORELBINUM**	D29.1	GRUCZOŁ KROKOWY
528.	**VINORELBINUM**	D29.2	JĄDRO
529.	**VINORELBINUM**	D29.3	NAJĄDRZE
530.	**VINORELBINUM**	D29.4	MOSZNA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
531.	**VINORELBINUM**	D29.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
532.	**VINORELBINUM**	D29.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
533.	**VINORELBINUM**	D30	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
534.	**VINORELBINUM**	D30.0	NERKA
535.	**VINORELBINUM**	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA
536.	**VINORELBINUM**	D30.2	MOCZOWÓD
537.	**VINORELBINUM**	D30.3	PĘCHERZ MOCZOWY
538.	**VINORELBINUM**	D30.4	CEWKA MOCZOWA
539.	**VINORELBINUM**	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
540.	**VINORELBINUM**	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
541.	**VINORELBINUM**	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA
542.	**VINORELBINUM**	D31.0	SPOJÓWKA
543.	**VINORELBINUM**	D31.1	ROGÓWKA
544.	**VINORELBINUM**	D31.2	SIATKÓWKA
545.	**VINORELBINUM**	D31.3	NACZYNIÓWKA
546.	**VINORELBINUM**	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE
547.	**VINORELBINUM**	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
548.	**VINORELBINUM**	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
549.	**VINORELBINUM**	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
550.	**VINORELBINUM**	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH
551.	**VINORELBINUM**	D32.0	OPONY MÓZGOWE
552.	**VINORELBINUM**	D32.1	OPONY RDZENIOWE
553.	**VINORELBINUM**	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
554.	**VINORELBINUM**	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
555.	**VINORELBINUM**	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
556.	**VINORELBINUM**	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
557.	**VINORELBINUM**	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
558.	**VINORELBINUM**	D33.3	NERWY CZASZKOWE
559.	**VINORELBINUM**	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY
560.	**VINORELBINUM**	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
561.	**VINORELBINUM**	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY
562.	**VINORELBINUM**	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
563.	**VINORELBINUM**	D35	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
564.	**VINORELBINUM**	D35.0	NADNERCZA
565.	**VINORELBINUM**	D35.1	PRZYTARCZYCE
566.	**VINORELBINUM**	D35.2	PRZYSADKA
567.	**VINORELBINUM**	D35.3	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
568.	**VINORELBINUM**	D35.4	SZYSZYNKA
569.	**VINORELBINUM**	D35.5	KŁĘBEK SZYJNY
570.	**VINORELBINUM**	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
571.	**VINORELBINUM**	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
572.	**VINORELBINUM**	D35.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
573.	**VINORELBINUM**	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
574.	**VINORELBINUM**	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
575.	**VINORELBINUM**	D36.0	WĘZŁY CHŁONNE
576.	**VINORELBINUM**	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
577.	**VINORELBINUM**	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
578.	**VINORELBINUM**	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
579.	**VINORELBINUM**	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
580.	**VINORELBINUM**	D37.0	WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO
581.	**VINORELBINUM**	D37.1	ŻOŁĄDEK
582.	**VINORELBINUM**	D37.2	JELITO CIENKIE
583.	**VINORELBINUM**	D37.3	JELIO ŚLEPE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
584.	**VINORELBINUM**	D37.4	OKRĘŻNICA
585.	**VINORELBINUM**	D37.5	ODBYTNICA
586.	**VINORELBINUM**	D37.6	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
587.	**VINORELBINUM**	D37.7	INNE NARZĄDY TRAWIENNE
588.	**VINORELBINUM**	D37.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
589.	**VINORELBINUM**	D38	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ
590.	**VINORELBINUM**	D38.0	KRTAŃ
591.	**VINORELBINUM**	D38.1	TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA
592.	**VINORELBINUM**	D38.2	OPŁUCNA
593.	**VINORELBINUM**	D38.3	ŚRÓDPIERSIE
594.	**VINORELBINUM**	D38.4	GRASICA
595.	**VINORELBINUM**	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
596.	**VINORELBINUM**	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
597.	**VINORELBINUM**	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
598.	**VINORELBINUM**	D39.0	MACICA
599.	**VINORELBINUM**	D39.1	JAJNIK
600.	**VINORELBINUM**	D39.2	ŁOŻYSKO
601.	**VINORELBINUM**	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
602.	**VINORELBINUM**	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
603.	**VINORELBINUM**	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
604.	**VINORELBINUM**	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
605.	**VINORELBINUM**	D40.1	JĄDRO
606.	**VINORELBINUM**	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
607.	**VINORELBINUM**	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
608.	**VINORELBINUM**	D41	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
609.	**VINORELBINUM**	D41.0	NERKA
610.	**VINORELBINUM**	D41.1	MIEDNICZKA NERKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
611.	**VINORELBINUM**	D41.2	MOCZOWÓD
612.	**VINORELBINUM**	D41.3	CEWKA MOCZOWA
613.	**VINORELBINUM**	D41.4	PĘCHERZ MOCZOWY
614.	**VINORELBINUM**	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
615.	**VINORELBINUM**	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
616.	**VINORELBINUM**	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
617.	**VINORELBINUM**	D42.0	OPONY MÓZGOWE
618.	**VINORELBINUM**	D42.1	OPONY RDZENIOWE
619.	**VINORELBINUM**	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
620.	**VINORELBINUM**	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
621.	**VINORELBINUM**	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
622.	**VINORELBINUM**	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
623.	**VINORELBINUM**	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
624.	**VINORELBINUM**	D43.3	NERWY CZASZKOWE
625.	**VINORELBINUM**	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
626.	**VINORELBINUM**	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
627.	**VINORELBINUM**	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
628.	**VINORELBINUM**	D44	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
629.	**VINORELBINUM**	D44.0	TARCZYCA
630.	**VINORELBINUM**	D44.1	NADNERCZA
631.	**VINORELBINUM**	D44.2	PRZYTARCZYCE
632.	**VINORELBINUM**	D44.3	PRZYSADKA
633.	**VINORELBINUM**	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
634.	**VINORELBINUM**	D44.5	SZYSZYNKA
635.	**VINORELBINUM**	D44.6	KŁĘBEK SZYJNY
636.	**VINORELBINUM**	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
637.	**VINORELBINUM**	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
638.	**VINORELBINUM**	D44.9	GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE
639.	**VINORELBINUM**	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)
640.	**VINORELBINUM**	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
641.	**VINORELBINUM**	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH , NIEOKREŚLONE
642.	**VINORELBINUM**	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
643.	**VINORELBINUM**	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
644.	**VINORELBINUM**	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
645.	**VINORELBINUM**	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
646.	**VINORELBINUM**	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
647.	**VINORELBINUM**	D48.4	OTRZEWNA
648.	**VINORELBINUM**	D48.5	SKÓRA
649.	**VINORELBINUM**	D48.6	SUTEK
650.	**VINORELBINUM**	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
651.	**VINORELBINUM**	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
652.	**VINORELBINUM**	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
653.	**VINORELBINUM**	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ

Załącznik C.64.

TEMOZOLOMIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**TEMOZOLOMIDUM**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
2.	**TEMOZOLOMIDUM**	C16.0	WPUST *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
3.	**TEMOZOLOMIDUM**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
4.	**TEMOZOLOMIDUM**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
5.	**TEMOZOLOMIDUM**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
6.	**TEMOZOLOMIDUM**	C16.4	ODŹWIERNIK *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
7.	**TEMOZOLOMIDUM**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKRESLONA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
8.	**TEMOZOLOMIDUM**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
9.	**TEMOZOLOMIDUM**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
10.	**TEMOZOLOMIDUM**	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKRESLONY *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
11.	**TEMOZOLOMIDUM**	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
12.	**TEMOZOLOMIDUM**	C17.0	DWUNASTNICA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
13.	**TEMOZOLOMIDUM**	C17.1	JELITO CZCZE *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
14.	**TEMOZOLOMIDUM**	C17.2	JELITO KRĘTE *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
15.	**TEMOZOLOMIDUM**	C17.3	UCHYŁEK MECKELA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
16.	**TEMOZOLOMIDUM**	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
17.	**TEMOZOLOMIDUM**	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
18.	**TEMOZOLOMIDUM**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
19.	**TEMOZOLOMIDUM**	C18.0	JELITO ŚLEPE *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
20.	**TEMOZOLOMIDUM**	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
21.	**TEMOZOLOMIDUM**	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
22.	**TEMOZOLOMIDUM**	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
23.	**TEMOZOLOMIDUM**	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
24.	**TEMOZOLOMIDUM**	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
25.	**TEMOZOLOMIDUM**	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
26.	**TEMOZOLOMIDUM**	C18.7	ESICA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
27.	**TEMOZOLOMIDUM**	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
28.	**TEMOZOLOMIDUM**	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
29.	**TEMOZOLOMIDUM**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
30.	**TEMOZOLOMIDUM**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
31.	**TEMOZOLOMIDUM**	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY *u dzieci do 18 roku życia*
32.	**TEMOZOLOMIDUM**	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH *u dzieci do 18 roku życia*
33.	**TEMOZOLOMIDUM**	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY *u dzieci do 18 roku życia*
34.	**TEMOZOLOMIDUM**	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
			u dzieci do 18 roku życia
35.	**TEMOZOLOMIDUM**	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY *u dzieci do 18 roku życia*
36.	**TEMOZOLOMIDUM**	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA *u dzieci do 18 roku życia*
37.	**TEMOZOLOMIDUM**	C38.0	SERCE *u dzieci do 18 roku życia*
38.	**TEMOZOLOMIDUM**	C38.1	ŚRÓDPIERSIE PRZEDNIE *u dzieci do 18 roku życia*
39.	**TEMOZOLOMIDUM**	C38.2	ŚRÓDPIERSIE TYLNE *u dzieci do 18 roku życia*
40.	**TEMOZOLOMIDUM**	C38.3	ŚRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA *u dzieci do 18 roku życia*
41.	**TEMOZOLOMIDUM**	C38.4	OPŁUCNA *u dzieci do 18 roku życia*
42.	**TEMOZOLOMIDUM**	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ *u dzieci do 18 roku życia*
43.	**TEMOZOLOMIDUM**	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ *u dzieci do 18 roku życia*
44.	**TEMOZOLOMIDUM**	C40.2	KOSCI DŁUGIE KONCZYNY DOLNEJ *u dzieci do 18 roku życia*
45.	**TEMOZOLOMIDUM**	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ *u dzieci do 18 roku życia*
46.	**TEMOZOLOMIDUM**	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN *u dzieci do 18 roku życia*
47.	**TEMOZOLOMIDUM**	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE *u dzieci do 18 roku życia*
48.	**TEMOZOLOMIDUM**	C41.0	KOSCI CZASZKI I TWARZY *u dzieci do 18 roku życia*
49.	**TEMOZOLOMIDUM**	C41.1	ŻUCHWA *u dzieci do 18 roku życia*
50.	**TEMOZOLOMIDUM**	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA *u dzieci do 18 roku życia*
51.	**TEMOZOLOMIDUM**	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA *u dzieci do 18 roku życia*
52.	**TEMOZOLOMIDUM**	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA *u dzieci do 18 roku życia*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
53.	**TEMOZOLOMIDUM**	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ *u dzieci do 18 roku życia*
54.	**TEMOZOLOMIDUM**	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE *u dzieci do 18 roku życia*
55.	**TEMOZOLOMIDUM**	C45.0	MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ *u dzieci do 18 roku życia*
56.	**TEMOZOLOMIDUM**	C45.1	MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ *u dzieci do 18 roku życia*
57.	**TEMOZOLOMIDUM**	C45.2	MIĘDZYBŁONIAK OSIERDZIA *u dzieci do 18 roku życia*
58.	**TEMOZOLOMIDUM**	C45.7	MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ *u dzieci do 18 roku życia*
59.	**TEMOZOLOMIDUM**	C45.9	MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY *u dzieci do 18 roku życia*
60.	**TEMOZOLOMIDUM**	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI *u dzieci do 18 roku życia*
61.	**TEMOZOLOMIDUM**	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM *u dzieci do 18 roku życia*
62.	**TEMOZOLOMIDUM**	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ *u dzieci do 18 roku życia*
63.	**TEMOZOLOMIDUM**	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA *u dzieci do 18 roku życia*
64.	**TEMOZOLOMIDUM**	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE *u dzieci do 18 roku życia*
65.	**TEMOZOLOMIDUM**	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO *u dzieci do 18 roku życia*
66.	**TEMOZOLOMIDUM**	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE *u dzieci do 18 roku życia*
67.	**TEMOZOLOMIDUM**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA *u dzieci do 18 roku życia*
68.	**TEMOZOLOMIDUM**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ *u dzieci do 18 roku życia*
69.	**TEMOZOLOMIDUM**	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA *u dzieci do 18 roku życia*
70.	**TEMOZOLOMIDUM**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ *u dzieci do 18 roku życia*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
71.	**TEMOZOLOMIDUM**	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI *u dzieci do 18 roku życia*
72.	**TEMOZOLOMIDUM**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM *u dzieci do 18 roku życia*
73.	**TEMOZOLOMIDUM**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM *u dzieci do 18 roku życia*
74.	**TEMOZOLOMIDUM**	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ *u dzieci do 18 roku życia*
75.	**TEMOZOLOMIDUM**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA *u dzieci do 18 roku życia*
76.	**TEMOZOLOMIDUM**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY *u dzieci do 18 roku życia*
77.	**TEMOZOLOMIDUM**	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA *u dzieci do 18 roku życia*
78.	**TEMOZOLOMIDUM**	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ *u dzieci do 18 roku życia*
79.	**TEMOZOLOMIDUM**	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKRESLONE *u dzieci do 18 roku życia*
80.	**TEMOZOLOMIDUM**	C63.0	NAJĄDRZE *u dzieci do 18 roku życia*
81.	**TEMOZOLOMIDUM**	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ *u dzieci do 18 roku życia*
82.	**TEMOZOLOMIDUM**	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ *u dzieci do 18 roku życia*
83.	**TEMOZOLOMIDUM**	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU *u dzieci do 18 roku życia*
84.	**TEMOZOLOMIDUM**	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO *u dzieci do 18 roku życia*
85.	**TEMOZOLOMIDUM**	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO *u dzieci do 18 roku życia*
86.	**TEMOZOLOMIDUM**	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO *u dzieci do 18 roku życia*
87.	**TEMOZOLOMIDUM**	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO *u dzieci do 18 roku życia*
88.	**TEMOZOLOMIDUM**	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO *u dzieci do 18 roku życia*
89.	**TEMOZOLOMIDUM**	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
			u dzieci do 18 roku życia
90.	**TEMOZOLOMIDUM**	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU *u dzieci do 18 roku życia*
91.	**TEMOZOLOMIDUM**	C67.7	MOCZOWNIK *u dzieci do 18 roku życia*
92.	**TEMOZOLOMIDUM**	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO *u dzieci do 18 roku życia*
93.	**TEMOZOLOMIDUM**	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY *u dzieci do 18 roku życia*
94.	**TEMOZOLOMIDUM**	C68.0	CEWKA MOCZOWA *u dzieci do 18 roku życia*
95.	**TEMOZOLOMIDUM**	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ *u dzieci do 18 roku życia*
96.	**TEMOZOLOMIDUM**	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO *u dzieci do 18 roku życia*
97.	**TEMOZOLOMIDUM**	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY *u dzieci do 18 roku życia*
98.	**TEMOZOLOMIDUM**	C69.2	SIATKÓWKA *u dzieci do 18 roku życia*
99.	**TEMOZOLOMIDUM**	C69.6	OCZODOŁ *u dzieci do 18 roku życia*
100.	**TEMOZOLOMIDUM**	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
101.	**TEMOZOLOMIDUM**	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
102.	**TEMOZOLOMIDUM**	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
103.	**TEMOZOLOMIDUM**	C71.3	PŁAT CIEMIENIOWY
104.	**TEMOZOLOMIDUM**	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
105.	**TEMOZOLOMIDUM**	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
106.	**TEMOZOLOMIDUM**	C71.6	MÓŻDŻEK
107.	**TEMOZOLOMIDUM**	C71.7	PIEŃ MÓZGU
108.	**TEMOZOLOMIDUM**	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
109.	**TEMOZOLOMIDUM**	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
110.	**TEMOZOLOMIDUM**	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
			u dzieci do 18 roku życia
111.	**TEMOZOLOMIDUM**	C72.1	OGON KOŃSKI *u dzieci do 18 roku życia*
112.	**TEMOZOLOMIDUM**	C72.2	NERW WĘCHOWY *u dzieci do 18 roku życia*
113.	**TEMOZOLOMIDUM**	C72.3	NERW WZROKOWY *u dzieci do 18 roku życia*
114.	**TEMOZOLOMIDUM**	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO *u dzieci do 18 roku życia*
115.	**TEMOZOLOMIDUM**	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE *u dzieci do 18 roku życia*
116.	**TEMOZOLOMIDUM**	C74.0	KORA NADNERCZY *u dzieci do 18 roku życia*
117.	**TEMOZOLOMIDUM**	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY *u dzieci do 18 roku życia*
118.	**TEMOZOLOMIDUM**	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE *u dzieci do 18 roku życia*
119.	**TEMOZOLOMIDUM**	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
120.	**TEMOZOLOMIDUM**	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA *u dzieci do 18 roku życia*
121.	**TEMOZOLOMIDUM**	C76.1	KLATKA PIERSIOWA *u dzieci do 18 roku życia*
122.	**TEMOZOLOMIDUM**	C76.2	BRZUCH *u dzieci do 18 roku życia*
123.	**TEMOZOLOMIDUM**	C76.3	MIEDNICA *u dzieci do 18 roku życia*
124.	**TEMOZOLOMIDUM**	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA *u dzieci do 18 roku życia*
125.	**TEMOZOLOMIDUM**	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA *u dzieci do 18 roku życia*
126.	**TEMOZOLOMIDUM**	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE *u dzieci do 18 roku życia*
127.	**TEMOZOLOMIDUM**	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ *u dzieci do 18 roku życia*
128.	**TEMOZOLOMIDUM**	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ *u dzieci do 18 roku życia*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
129.	**TEMOZOLOMIDUM**	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE *u dzieci do 18 roku życia*
130.	**TEMOZOLOMIDUM**	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE *u dzieci do 18 roku życia*
131.	**TEMOZOLOMIDUM**	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY *u dzieci do 18 roku życia*
132.	**TEMOZOLOMIDUM**	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY *u dzieci do 18 roku życia*
133.	**TEMOZOLOMIDUM**	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO *u dzieci do 18 roku życia*
134.	**TEMOZOLOMIDUM**	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY *u dzieci do 18 roku życia*
135.	**TEMOZOLOMIDUM**	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE *u dzieci do 18 roku życia*
136.	**TEMOZOLOMIDUM**	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE *u dzieci do 18 roku życia*
137.	**TEMOZOLOMIDUM**	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY *u dzieci do 18 roku życia*
138.	**TEMOZOLOMIDUM**	D43.3	NERWY CZASZKOWE *u dzieci do 18 roku życia*
139.	**TEMOZOLOMIDUM**	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY *u dzieci do 18 roku życia*
140.	**TEMOZOLOMIDUM**	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO *u dzieci do 18 roku życia*
141.	**TEMOZOLOMIDUM**	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE *u dzieci do 18 roku życia*

Załącznik C.65.a.

ARSENICUM TRIOXIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**ARSENICUM TRIOXIDUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA *w przypadku:* *indukcji remisji i konsolidacji ostrej białaczki promielocytowej u dorosłych pacjentów, charakteryzującej się translokacją t(15;17) i (lub) obecnością genu PML/RAR-alfa po niepowodzeniu leczenia lub w nawrocie choroby. Wcześniejsze leczenie powinno obejmować stosowanie retinoidu i chemioterapii.*

Załącznik C.65.b.

ARSENICUM TRIOXIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**ARSENICUM TRIOXIDUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA *w przypadku:* *pacjentów poniżej 18 roku życia z rozpoznaniem ostrej białaczki promielocytowej charakteryzującej się translokacją t(15;17) i (lub) obecnością genu PML/RAR-alfa*

Załącznik C.65.c.

ARSENICUM TRIOXIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**ARSENICUM TRIOXIDUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA *w przypadku:* *indukcji remisji i konsolidacji nowo zdiagnozowanej ostrej białaczki promielocytowej, charakteryzującej się translokacją t(15;17) lub obecnością genu PML/RAR-alfa, u dorosłych pacjentów z niskim lub pośrednim ryzykiem (liczba białych krwinek* $\leq 10x10^3 / \mu l$*), w skojarzeniu z kwasem all– trans– retynowym*

Załącznik C.66.a.

CLOFARABINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**CLOFARABINUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA *w przypadku:* *leczenia ostrej białaczki limfoblastycznej (ALL) u dzieci i młodzieży z nawrotem lub oporną na leczenie chorobą po zastosowaniu przynajmniej dwóch wcześniejszych standardowych cykli i w przypadku, gdy brak innych opcji pozwalających na przewidywanie długotrwałej odpowiedzi, u chorych kwalifikujących się do przeszczepu macierzystych komórek krwiotwórczych.*

Załącznik C.66.b.

CLOFARABINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**CLOFARABINUM**	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ *w trzeciej linii leczenia*
2.	**CLOFARABINUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA *u dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia, u których zdiagnozowano pierwotnie oporną ostrą białaczkę szpikową lub jej pierwszą wznowę oporną na leczenie II linii oraz u dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia, u których stwierdzono drugą wznowę ostrej białaczki szpikowej*

Załącznik C.67.

BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C81	CHOROBA HODGKINA *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.*
2.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.*
3.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.*
4.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.*
5.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.*
6.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.*
7.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.*
8.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY *w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:* *a) oporności na rytuksymab lub* *b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* *c) przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny –*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
			leczenie I linii.
9.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY *w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:* *a) oporności na rytuksymab lub* *b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.*
10.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO *w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:* *a) oporności na rytuksymab lub* *b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.*
11.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) *w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:* *a) oporności na rytuksymab lub* *b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.*
12.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY) *w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:* *a) oporności na rytuksymab lub* *b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii* *albo* *w przypadku chłoniaków z komórek płaszcza i wystąpienia:* *a) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* b) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny –*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
			leczenie I linii.
13.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) *w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:* *a) oporności na rytuksymab lub* *b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.*
14.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH *w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:* *a) oporności na rytuksymab lub* *b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.*
15.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY *w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:* *a) oporności na rytuksymab lub* *b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.*
16.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T *w przypadku:* *oporności lub wznowy po leczeniu pierwszej linii.*
17.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T *w przypadku:* *oporności lub wznowy po leczeniu pierwszej linii.*
18.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T *w przypadku:* *oporności lub wznowy po leczeniu pierwszej linii.*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
19.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO *w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:* *a) oporności na rytuksymab lub* *b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii* *albo* *w przypadku chłoniaków z komórek płaszcza i wystąpienia:* *a) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* b) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.*
20.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY *w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:* *a) oporności na rytuksymab lub* *b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.*
21.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTROMA *w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:* *a) oporności na rytuksymab lub* *b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.*
22.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH *w drugiej i następnych liniach leczenia.*
23.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C90.0	SZPICZAK MNOGI *w drugiej i następnych liniach leczenia.*
24.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA *w drugiej i następnych liniach leczenia.*
25.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA *w drugiej i następnych liniach leczenia.*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
26.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA *w przypadku:* *a) przewlekłej białaczki limfocytowej (stadium choroby B lub C wg klasyfikacji Bineta) – leczenie I rzutu u chorych, u których nie jest zalecane stosowanie schematów chemioterapii zawierających fludarabinę,* *b) przewlekłej białaczki limfocytowej - leczenie II i następnych linii u chorych w stanie ogólnym 2 lub lepszym wg skali WHO, opornych na wcześniej zastosowane leczenie, które nie obejmowało bendamustyny.*

Załącznik C.68.

ACIDUM ZOLEDRONICUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	**ACIDUM ZOLEDRONICUM**	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.69.a.

AZACITIDINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**AZACITIDINUM**	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE *o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.*
2	**AZACITIDINUM**	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW *o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.*
3	**AZACITIDINUM**	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI *o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów, niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.*
4	**AZACITIDINUM**	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW *o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.*
5	**AZACITIDINUM**	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ *o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.*
6	**AZACITIDINUM**	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA *o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.*
7	**AZACITIDINUM**	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE *o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.*
8	**AZACITIDINUM**	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY *o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.*
9	**AZACITIDINUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA *(AML) z 20-30% blastów i wieloliniową dysplazją, zgodnie z klasyfikacją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
10	**AZACITIDINUM**	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MIELOMONOCYTOWA *(CMML) z 10-29% blastów w szpiku, bez choroby mieloproliferacyjnej, u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.*

Załącznik C.69.b.

AZACITIDINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**AZACITIDINUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA *(AML) z >30% blastów w szpiku, zgodnie z klasyfikacją WHO, u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.*

Załącznik C.70.a.

IMATINIBUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**IMATINIBUM**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA *z udokumentowaną obecnością genu BCR-ABL lub chromosomu Filadelfia (Ph+)*

Załącznik C.70.b.

IMATINIBUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**IMATINIBUM**	C44; C49	ZAAWANSOWANY WŁÓKNIAKOMIĘSAK GUZOWATY SKÓRY *w przypadku* *udokumentowanej obecność rearanżacji chromosomów 17 i 22 w zakresie genów COL1A1/PDGFβ*

Załącznik C.70.c.

IMATINIBUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**IMATINIBUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA *z udokumentowaną obecnością chromosomu Filadelfia (ALL Ph+)*

Załącznik C.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 $2,0 \times 10^6$ komórek CD34+/kg masy ciała przed planowanym pojedynczym przeszczepem
      lub
   b) mniej niż $4,0 \times 10^6$ komórek CD34+/kg masy ciała przed planowanym przeszczepem tandemowym,

przy wykorzystaniu do 4 dawek pleryksaforu, we wskazaniach zakwalifikowanych do poniższych rozpoznań wg ICD-10

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**PLERIXAFORUM**	C81	CHOROBA HODGKINA
2.	**PLERIXAFORUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
3.	**PLERIXAFORUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
4.	**PLERIXAFORUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
5.	**PLERIXAFORUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
6.	**PLERIXAFORUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
7.	**PLERIXAFORUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
8.	**PLERIXAFORUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
9.	**PLERIXAFORUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
10.	**PLERIXAFORUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
11.	**PLERIXAFORUM**	C82.2	WIELKOKOMÓRKOWY, GUZKOWY
12.	**PLERIXAFORUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
13.	**PLERIXAFORUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
14.	**PLERIXAFORUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
15.	**PLERIXAFORUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
16.	**PLERIXAFORUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
17.	**PLERIXAFORUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
18.	**PLERIXAFORUM**	C83.3	WIELKOKOMÓRKOWY (ROZLANY)
19.	**PLERIXAFORUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
20.	**PLERIXAFORUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
21.	**PLERIXAFORUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
22.	**PLERIXAFORUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
23.	**PLERIXAFORUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
24.	**PLERIXAFORUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
25.	**PLERIXAFORUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
26.	**PLERIXAFORUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
27.	**PLERIXAFORUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
28.	**PLERIXAFORUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
29.	**PLERIXAFORUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
30.	**PLERIXAFORUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
31.	**PLERIXAFORUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
32.	**PLERIXAFORUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
33.	**PLERIXAFORUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
34.	**PLERIXAFORUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
35.	**PLERIXAFORUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
36.	**PLERIXAFORUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
37.	**PLERIXAFORUM**	C90.0	SZPICZAK MNOGI

Załącznik C.72.

ANAGRELIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**ANAGRELIDUM**	D45	CZERWIENICA PRAWDZIWA *z towarzyszącą nadpłytkowością oporną na inne leczenie*
2.	**ANAGRELIDUM**	D47.1	PRZEWLEKŁA CHOROBA UKŁADU WYTWÓRCZEGO SZPIKU
3.	**ANAGRELIDUM**	D75.2	NADPŁYTKOWOŚĆ SAMOISTNA

Załącznik C.73.

NELARABINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**NELARABINUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA *w leczeniu pacjentów z ostrą białaczką limfoblastyczną T-komórkową, u których nie było reakcji na leczenie lub wystąpiła wznowa po zastosowaniu co najmniej dwóch schematów chemioterapii, kwalifikujących się do przeszczepu macierzystych komórek krwiotwórczych.*
2.	**NELARABINUM**	C83.0	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY Z MAŁYCH KOMÓREK *w leczeniu pacjentów z chłoniakiem limfoblastycznym T-komórkowym, u których nie było reakcji na leczenie lub wystąpiła wznowa po zastosowaniu co najmniej dwóch schematów chemioterapii, kwalifikujących się do przeszczepu macierzystych komórek krwiotwórczych.*
3.	**NELARABINUM**	C83.5	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY LIMFOBLASTYCZNY *w leczeniu pacjentów z chłoniakiem limfoblastycznym T-komórkowym, u których nie było reakcji na leczenie lub wystąpiła wznowa po zastosowaniu co najmniej dwóch schematów chemioterapii, kwalifikujących się do przeszczepu macierzystych komórek krwiotwórczych.*

Załącznik C.74.

LEUPRORELINUM

Nowotwory złośliwe zakwalifikowane do poniższych rozpoznań wg ICD-10

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**LEUPRORELINUM**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA *w przypadku:* *agresywnego naczyniakośluzaka (angiomyxoma agressivum) lub mięsaka podścieliskowego macicy*
2.	**LEUPRORELINUM**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA *w przypadku:* *agresywnego naczyniakośluzaka (angiomyxoma agressivum) lub mięsaka podścieliskowego macicy*
3.	**LEUPRORELINUM**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY *w przypadku:* *agresywnego naczyniakośluzaka (angiomyxoma agressivum) lub mięsaka podścieliskowego macicy*

Załącznik C.75.

DENOSUMABUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**DENOSUMABUM**	D48.0	GUZ OLBRZYMIOKOMÓRKOWY KOŚCI *w przypadku:* *dorosłych i młodzieży z dojrzałym układem kostnym, u których występuje guz nieoperacyjny lub u których zabieg chirurgiczny może spowodować ciężkie okaleczenie*

Załącznik C.76.

BORTEZOMIBUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**BORTEZOMIBUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
2	**BORTEZOMIBUM**	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
3	**BORTEZOMIBUM**	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH *zgodnie z aktualnymi zaleceniami Polskiej Grupy Szpiczakowej*
4	**BORTEZOMIBUM**	C90.0	SZPICZAK MNOGI *zgodnie z aktualnymi zaleceniami Polskiej Grupy Szpiczakowej*
5	**BORTEZOMIBUM**	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA *zgodnie z aktualnymi zaleceniami Polskiej Grupy Szpiczakowej*
6	**BORTEZOMIBUM**	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA *zgodnie z aktualnymi zaleceniami Polskiej Grupy Szpiczakowej*
7	**BORTEZOMIBUM**	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
8	**BORTEZOMIBUM**	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.76.b

BORTEZOMIBUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**BORTEZOMIBUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO w *leczeniu dorosłych pacjentów z wcześniej nieleczonym chłoniakiem z komórek płaszcza, którzy nie kwalifikują się do przeszczepienia hematopoetycznych komórek macierzystych*

Załącznik C.77.a.

MITOXANTRONUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**MITOXANTRONUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
2	**MITOXANTRONUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
3	**MITOXANTRONUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
4	**MITOXANTRONUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
5	**MITOXANTRONUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
6	**MITOXANTRONUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
7	**MITOXANTRONUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
8	**MITOXANTRONUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
9	**MITOXANTRONUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
10	**MITOXANTRONUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
11	**MITOXANTRONUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
12	**MITOXANTRONUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
13	**MITOXANTRONUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
14	**MITOXANTRONUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
15	**MITOXANTRONUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
16	**MITOXANTRONUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
17	**MITOXANTRONUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
18	**MITOXANTRONUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
19	**MITOXANTRONUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
20	**MITOXANTRONUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
21	**MITOXANTRONUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
22	**MITOXANTRONUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
23	**MITOXANTRONUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
24	**MITOXANTRONUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
25	**MITOXANTRONUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
26	**MITOXANTRONUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
27	**MITOXANTRONUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
28	**MITOXANTRONUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
29	**MITOXANTRONUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
30	**MITOXANTRONUM**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
31	**MITOXANTRONUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
32	**MITOXANTRONUM**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
33	**MITOXANTRONUM**	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
34	**MITOXANTRONUM**	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
35	**MITOXANTRONUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
36	**MITOXANTRONUM**	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
37	**MITOXANTRONUM**	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
38	**MITOXANTRONUM**	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.77.b.

MITOXANTRONUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**MITOXANTRONUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA *Leczenie wznowy ostrej białaczki limfoblastycznej w populacji pediatrycznej zarówno w grupie standardowego ryzyka (SR) jak i wysokiego ryzyka (HR).* *Zalecana dawka: 10 mg/m^2 powierzchni ciała podawane dożylnie przez dwa kolejne dni*

Załącznik C.78.a.

CRISANTASPASUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**CRISANTASPASUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA *w przypadku:* *stosowania w skojarzeniu z innymi chemioterapeutykami w leczeniu pacjentów, głównie pediatrycznych, u których wystąpiła nadwrażliwość (alergia kliniczna lub „cicha inaktywacja") na pegylowaną L-asparaginazę pochodzącą z E. coli*

Załącznik C.78.b.

CRISANTASPASUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**CRISANTASPASUM**	C83.5	CHŁONIAK LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY) *w przypadku:* *stosowania w skojarzeniu z innymi chemioterapeutykami w leczeniu pacjentów poniżej 18 roku życia z chłoniakami limfoblastycznymi T-komórkowymi i preB-komórkowymi, u których wystąpiła nadwrażliwość (alergia kliniczna lub „cicha inaktywacja") na pegylowaną L-asparaginazę pochodzącą z E. coli*

Załącznik C.79.a.

PEGINTERERONUM ALFA-2A

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**PEGINTERERONUM ALFA-2A**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA *w przypadku:* – *kobiet w ciąży wymagających leczenia cytoredukcyjnego*
2	**PEGINTERERONUM ALFA-2A**	D45	CZERWIENICA PRAWDZIWA *w przypadku:* – *pacjentów którzy nie odpowiadają na leczenie hydroksymocznikiem lub mają objawy niepożądane* – *młodych chorych wysokiego ryzyka ze wskazaniami do leczenia cytoredukcyjnego* – *kobiet w ciąży z czerwienicą prawdziwą wymagających leczenia cytoredukcyjnego*
3	**PEGINTERERONUM ALFA-2A**	D47.1	PRZEWLEKŁA CHOROBA UKŁADU WYTWÓRCZEGO SZPIKU *w przypadku:* – *pacjentów chorych na pierwotne i wtórne zwłóknienie szpiku, którzy nie odpowiadają na leczenie hydroksymocznikiem lub mają objawy niepożądane* – *chorych na mielofibrozę niskiego ryzyka* – *młodych chorych wysokiego ryzyka, u których nie można zastosować ruksolitynibu lub ruksolitynib jest w niedostępny w ośrodku* – *kobiet w ciąży z mielofibrozą wymagających leczenia cytoredukcyjnego*
4	**PEGINTERERONUM ALFA-2A**	D75.2	NADPŁYTKOWOŚĆ SAMOISTNA *w przypadku:* – *pacjentów, którzy nie odpowiadają na leczenie hydroksymocznikiem lub mają objawy niepożądane* – *młodych chorych na nadpłytkowość samoistną wysokiego ryzyka* – *kobiet w ciąży z nadpłytkowością samoistną wymagających leczenia cytoredukcyjnego*

Załącznik C.79.b.

PEGINTERERONUM ALFA-2A

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**PEGINTERERONUM ALFA-2A**	C.84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
2	**PEGINTERERONUM ALFA-2A**	C.84.1	CHOROBA SÉZARY'EGO

Załącznik C.80.

GEFITYNIBUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**GEFITYNIBUM**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA *W leczeniu dorosłych pacjentów chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca:* *a) w terapii pierwszej linii leczenia (chorzy wcześniej nie poddawani systemowemu leczeniu z powodu zaawansowanego nowotworu) albo drugiej linii leczenia (chorzy z niepowodzeniem wcześniejszej chemioterapii wielolekowej z udziałem pochodnych platyny lub monoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu),* *b) z rozpoznaniem histologicznym lub cytologicznym raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego, lub raka niedrobnokomórkowego z przewagą raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego, lub raka niedrobnokomórkowego bez ustalonego podtypu (ang. not otherwise specified - NOS),* *c) z obecnością mutacji aktywującej w genie EGFR kodującym receptor naskórkowego czynnika wzrostu (ang. epidermal growth factor receptor - EGFR) potwierdzoną z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat europejskiego programu kontroli jakości dla danego testu,* *d) z zaawansowaniem miejscowym (stopień III - z wyjątkiem sytuacji, w których możliwe jest zastosowanie radiochemioterapii, radioterapii lub chirurgicznego leczenia) lub uogólnieniem (stopień IV),* *e) z obecnością zmian możliwych do zmierzenia w celu przeprowadzenia obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny systemu RECIST 1.1 (ang. response evaluation criteria in solid tumours) lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych (w celu monitorowania skuteczności leczenia wykonuje się, co 3 miesiące badanie TK klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza oraz inne badania obrazowe konieczne do oceny zmian według kryteriów RECIST 1.1. w zależności od sytuacji klinicznej),* *f) z nieobecnością przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (leczenie chirurgiczne lub radioterapia) oraz z nieobecnością istotnych klinicznie objawów neurologicznych i potrzeby zwiększania dawki glikokortykosteroidów w ciągu ostatniego miesiąca przed rozpoczęciem leczenia,* *g) z nieobecnością przeciwwskazań do stosowania określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego,* *h) z wykluczeniem jednoczesnego stosowania chemioterapii oraz innych leków ukierunkowanych molekularnie.* *Kryteria wskazane w punktach a, b, c, d, e, f, g oraz h muszą być spełnione łącznie.*

Załącznik C.81.

ERLOTINIBUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**ERLOTINIBUM**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA *W leczeniu dorosłych pacjentów chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca:* *a)* *w terapii pierwszej linii leczenia (chorzy wcześniej nie poddawani systemowemu leczeniu z powodu zaawansowanego nowotworu) albo drugiej linii leczenia (chorzy z niepowodzeniem wcześniejszej chemioterapii wielolekowej z udziałem pochodnych platyny lub monoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu),* *b)* *z rozpoznaniem histologicznym lub cytologicznym raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego, lub raka niedrobnokomórkowego z przewagą raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego, lub raka niedrobnokomórkowego bez ustalonego podtypu (ang. not otherwise specified - NOS),* *c)* *z obecnością mutacji aktywującej w genie EGFR kodującym receptor naskórkowego czynnika wzrostu (ang. epidermal growth factor receptor - EGFR) potwierdzoną z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat europejskiego programu kontroli jakości dla danego testu,* *d)* *z zaawansowaniem miejscowym (stopień III - z wyjątkiem sytuacji, w których możliwe jest zastosowanie radiochemioterapii, radioterapii lub chirurgicznego leczenia) lub uogólnieniem (stopień IV),* *e)* *z obecnością zmian możliwych do zmierzenia w celu przeprowadzenia obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny systemu RECIST 1.1 (ang. response evaluation criteria in solid tumours) lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych (w celu monitorowania skuteczności leczenia wykonuje się, co 3 miesiące badanie TK klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza oraz inne badania obrazowe konieczne do oceny zmian według kryteriów RECIST 1.1. w zależności od sytuacji klinicznej),* *f)* *z nieobecnością przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (leczenie chirurgiczne lub radioterapia) oraz z nieobecnością istotnych klinicznie objawów neurologicznych i potrzeby zwiększania dawki glikokortykosteroidów w ciągu ostatniego miesiąca przed rozpoczęciem leczenia,* *g)* *z nieobecnością przeciwwskazań do stosowania określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego,* *h)* *z wykluczeniem jednoczesnego stosowania chemioterapii oraz innych leków ukierunkowanych molekularnie.* *Kryteria wskazane w punktach a, b, c, d, e, f, g oraz h muszą być spełnione łącznie.*

D. Leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne przysługujące świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 43a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.)

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1	Acebutololi hydrochloridum	Acebutolol Aurovitas, Acebutololi hydrochloridum, tabl. powl., 400, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991370954
2	Acebutololi hydrochloridum	Acebutolol Aurovitas, Acebutololi hydrochloridum, tabl. powl., 200, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991370916
3	Acebutololum	Sectral 200, Acebutololum, tabl. powl., 200, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990109920
4	Acebutololum	Sectral 400, Acebutololum, tabl. powl., 400, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990110018
5	Acenocoumarolum	Acenocumarol WZF, Acenocoumarolum, tabl., 4, mg, 60 szt.	60 szt.	05909990055715
6	Acidum alendronicum	Alendran 70, Acidum alendronicum, tabl., 70, mg, 4 szt. (1 blist.po 4 szt.)	4 szt. (1 blist.po 4 szt.)	05909990072156
7	Acidum alendronicum	Alendrogen, Acidum alendronicum, tabl., 70, mg, 4 szt.	4 szt.	05909990623112
8	Acidum alendronicum	Alendronat Bluefish, Acidum alendronicum, tabl., 70, mg, 4 szt.	4 szt.	05909990737673
9	Acidum alendronicum	Ostolek, Acidum alendronicum, tabl. powl., 70, mg, 4 szt. (1 blist.po 4 szt.)	4 szt. (1 blist.po 4 szt.)	05909991032517
10	Acidum alendronicum	Ostemax 70 comfort, Acidum alendronicum, tabl., 70, mg, 4 szt. (1 blist.po 4 szt.)	4 szt. (1 blist.po 4 szt.)	05909991081713
11	Acidum alendronicum	Ostenil 70, Acidum alendronicum, tabl., 70, mg, 4 szt. (1 blist.po 4 szt.)	4 szt. (1 blist.po 4 szt.)	05909991087418
12	Acidum alendronicum	Ostenil 70, Acidum alendronicum, tabl., 70, mg, 6 szt. (1 blist.po 6 szt.)	6 szt. (1 blist.po 6 szt.)	05909991087425
13	Acidum alendronicum	Alendronic Acid Genoptim, Acidum alendronicum, tabl., 70, mg, 4 szt. (1 blist.po 4 szt.)	4 szt. (1 blist.po 4 szt.)	05909990675302
14	Acidum folicum	Acidum folicum Richter, Acidum folicum, tabl., 5, mg, 30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990109210
15	Acidum folicum	Acidum folicum Richter, Acidum folicum, tabl., 15, mg, 30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990109319
16	Acidum tranexamicum	Exacyl, Acidum tranexamicum, tabl. powl., 500, mg, 20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	05909990035915
17	Alfuzosini hydrochloridum	Dalfaz Uno, Alfuzosini hydrochloridum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 10, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991288457
18	Alfuzosini hydrochloridum	Dalfaz Uno, Alfuzosini hydrochloridum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 10, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991392055
19	Alfuzosinum	Alugen 10 mg, Alfuzosinum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990037933
20	Alfuzosinum	Alfuzostad 10 mg, Alfuzosinum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990619580
21	Alfuzosinum	Alfabax, Alfuzosinum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990746576
22	Alfuzosinum	Dalfaz SR 5, Alfuzosinum, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 5, mg, 20 szt.	20 szt.	05909990812714
23	Alfuzosinum	Dalfaz Uno, Alfuzosinum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990837816
24	Alfuzosinum	Alfurion, Alfuzosinum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 10, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991291945
25	Amantadinum	Viregyt-K, Amantadinum, kaps., 100, mg, 50 szt.	50 szt.	05909990320912
26	Amiloridum + Hydrochlorothiazidum	Tialorid, Amiloridum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 5+50, mg, 50 tabl.	50 tabl.	05909990206025
27	Amiloridum + Hydrochlorothiazidum	Tialorid mite, Amiloridum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 2,5+25, mg, 50 tabl.	50 tabl.	05909990373819
28	Amiodaronum	Opacorden, Amiodaronum, tabl. powl., 200, mg, 60 szt.	60 szt.	05909990086818
29	Amlodipini besilas	Amlodipine Aurovitas, Amlodipini besilas, tabl., 10, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991322885
30	Amlodipini besilas	Amlodipine Aurovitas, Amlodipini besilas, tabl., 5, mg, 30 tabl.	30 tabl.	05909991322816
31	Amlodipinum	Amlopin 5 mg, Amlodipinum, tabl., 5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990048939
32	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, Amlodipinum, tabl., 10, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990048977
33	Amlodipinum	Adipine, Amlodipinum, tabl., 10, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990642267
34	Amlodipinum	Adipine, Amlodipinum, tabl., 5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990642311

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
35	Amlodipinum	Amlonor, Amlodipinum, tabl., 5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990642618
36	Amlodipinum	Amlonor, Amlodipinum, tabl., 10, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990642625
37	Amlodipinum	Tenox, Amlodipinum, tabl., 5, mg, 90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	05909990421824
38	Amlodipinum	Vilpin, Amlodipinum, tabl., 5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990621217
39	Amlodipinum	Apo-Amlo 5, Amlodipinum, tabl., 5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990565986
40	Amlodipinum	Apo-Amlo 10, Amlodipinum, tabl., 10, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990565993
41	Amlodipinum	Cardilopin, Amlodipinum, tabl., 2.5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990907311
42	Amlodipinum	Cardilopin, Amlodipinum, tabl., 5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990907410
43	Amlodipinum	Cardilopin, Amlodipinum, tabl., 10, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990907519
44	Amlodipinum	Amlozek, Amlodipinum, tabl., 5, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990799718
45	Amlodipinum	Amlozek, Amlodipinum, tabl., 10, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990799817
46	Amlodipinum	Normodipine, Amlodipinum, tabl., 5, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990993017
47	Amlodipinum	Normodipine, Amlodipinum, tabl., 10, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990993116
48	Amlodipinum	Aldan, Amlodipinum, tabl., 5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991008635
49	Amlodipinum	Aldan, Amlodipinum, tabl., 10, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991008734
50	Amlodipinum	Tenox, Amlodipinum, tabl., 5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990963010
51	Amlodipinum	Tenox, Amlodipinum, tabl., 10, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990963119
52	Amlodipinum	Vilpin, Amlodipinum, tabl., 10, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991042912
53	Amlodipinum	Agen 5, Amlodipinum, tabl., 5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt. lub 2 blist.po 15 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt. lub 2 blist.po 15 szt.)	05909991098926
54	Amlodipinum	Agen 10, Amlodipinum, tabl., 10, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt. lub 2 blist.po 15 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt. lub 2 blist.po 15 szt.)	05909991099022
55	Amlodipinum	Agen 5, Amlodipinum, tabl., 5, mg, 60 szt. (6 blist.po 10 szt. lub 4 blist.po 15 szt.)	60 szt. (6 blist.po 10 szt. lub 4 blist.po 15 szt.)	05909991067533
56	Amlodipinum	Agen 10, Amlodipinum, tabl., 10, mg, 60 szt. (6 blist.po 10 szt. lub 4 blist.po 15 szt.)	60 szt. (6 blist.po 10 szt. lub 4 blist.po 15 szt.)	05909991067540
57	Amlodipinum	Amlomyl, Amlodipinum, tabl., 5, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990842476
58	Amlodipinum	Amlomyl, Amlodipinum, tabl., 10, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990842698
59	Amlodipinum	Finamlox, Amlodipinum, tabl., 10, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990794461
60	Amlodipinum	Amlodipine Bluefish, Amlodipinum, tabl., 10, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990800551
61	Amlodipinum	Amlodipine Bluefish, Amlodipinum, tabl., 5, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990800469
62	Amlodipinum	Finamlox, Amlodipinum, tabl., 5, mg, 30 tabl.	30 tabl.	05909990794430
63	Amlodipinum	Amlopin 5 mg, Amlodipinum, tabl., 5, mg, 30 szt.	30 szt.	05909997213675
64	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, Amlodipinum, tabl., 10, mg, 30 szt.	30 szt.	05909997213699
65	Amlodipinum	Amlodipine Aurobindo, Amlodipinum, tabl., 5, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990954254
66	Amlodipinum	Amlodipine Aurobindo, Amlodipinum, tabl., 10, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990955008
67	Amlodipinum	Alneta, Amlodipinum, tabl., 5, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991067977
68	Amlodipinum	Alneta, Amlodipinum, tabl., 10, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991068073
69	Amlodipinum	Apo-Amlo 10, Amlodipinum, tabl., 10, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991236687
70	Amlodipinum	Agen 10, Amlodipinum, tabl., 10, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991226909
71	Amlodipinum	Agen 10, Amlodipinum, tabl., 10, mg, 60 szt.	60 szt.	05909991226916

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
72	Amlodipinum	Agen 5, Amlodipinum, tabl., 5, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991231811
73	Amlodipinum	Agen 10, Amlodipinum, tabl., 10, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991230845
74	Amlodipinum	Amlopin 5 mg, Amlodipinum, tabl., 5, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991200732
75	Amlodipinum	Alneta, Amlodipinum, tabl., 5, mg, 60 tabl.	60 tabl.	05909991067991
76	Amlodipinum	Alneta, Amlodipinum, tabl., 10, mg, 60 tabl.	60 tabl.	05909991068097
77	Amlodipinum	Agen 5, Amlodipinum, tabl., 5, mg, 60 szt.	60 szt.	05909991295233
78	Amlodipinum	Amlopin 5 mg, Amlodipinum, tabletki, 5, mg, 28 tabl.	28 tabl.	05909991361013
79	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, Amlodipinum, tabletki, 10, mg, 28 tabl.	28 tabl.	05909991361020
80	Amlodipinum	Amlopin 5 mg, Amlodipinum, tabletki, 5, mg, 28 tabl.	28 tabl.	05909991371708
81	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, Amlodipinum, tabletki, 10, mg, 28 tabl.	28 tabl.	05909991371784
82	Amlodipinum	Amlomyl, Amlodipinum, tabletki, 10, mg, 30 tabl.	30 tabl.	05909991362195
83	Amlodipinum	Vilpin, Amlodipinum, tabletki, 10, mg, 28 tabl.	28 tabl.	05909991312374
84	Amlodipinum	Vilpin, Amlodipinum, tabletki, 5, mg, 28 tabl.	28 tabl.	05909991312367
85	Amlodipinum	Agen 10, Amlodipinum, tabletki, 10, mg, 30 tabl.	30 tabl.	05909991302184
86	Amlodipinum	Agen 5, Amlodipinum, tabletki, 5, mg, 30 tabl.	30 tabl.	05909991295226
87	Amlodipinum	Vilpin, Amlodipinum, tabl., 10, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991283797
88	Amlodipinum	Amlopin 5 mg, Amlodipinum, tabl., 5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991312244
89	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, Amlodipinum, tabl., 10, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991312343
90	Amlodipinum	Amlodipine Orion, Amlodipinum, tabl., 10, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991392079
91	Amlodipinum	Amlodipine Orion, Amlodipinum, tabl., 5, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991392062
92	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, Amlodipinum + Valsartanum, tabletki powlekane, 5+80, mg, 56 szt.	56 szt.	05907626709360
93	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, Amlodipinum + Valsartanum, tabletki powlekane, 5+160, mg, 56 szt.	56 szt.	05907626709377
94	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, Amlodipinum + Valsartanum, tabletki powlekane, 10+160, mg, 56 szt.	56 szt.	05907626709384
95	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, Amlodipinum + Valsartanum, tabletki powlekane, 5+80, mg, 28 szt.	28 szt.	05907626708226
96	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, Amlodipinum + Valsartanum, tabletki powlekane, 10+160, mg, 28 szt.	28 szt.	05907626708288
97	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, Amlodipinum + Valsartanum, tabletki powlekane, 5+160, mg, 28 szt.	28 szt.	05907626708257
98	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtricom, Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 5 + 160 + 12,5, mg, 28 szt.	28 szt.	03838989708627
99	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtricom, Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 10 + 160 + 12,5, mg, 28 szt.	28 szt.	03838989708610
100	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtricom, Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 10 + 160 + 25, mg, 28 szt.	28 szt.	03838989708634
101	Apixabanum	Eliquis, Apixabanum, tabl. powl., 2.5, mg, 20 tabl.	20 tabl.	05909990861040
102	Atenololum	Atenolol Sanofi 50, Atenololum, tabl., 50, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990011414
103	Atenololum	Atenolol Sanofi 25, Atenololum, tabl., 25, mg, 60 szt.	60 szt.	05909990370610
104	Atorvastatin	Atrox 20, Atorvastatin, tabl. powl., 20, mg, 90 szt.	90 szt.	05907695215366
105	Atorvastatin	Atrox 40, Atorvastatin, tabl. powl., 40, mg, 90 szt.	90 szt.	05907695215373
106	Atorvastatin	Atrox 10, Atorvastatin, tabl. powl., 10, mg, 90 szt.	90 szt.	05907695215359
107	Atorvastatinum	Atorvasterol, Atorvastatinum, tabl. powl., 10, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990077847
108	Atorvastatinum	Atorvasterol, Atorvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990077939

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
109	Atorvastatinum	Atorvasterol, Atorvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990078028
110	Atorvastatinum	Atractin, Atorvastatinum, tabl. powl., 10, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990078141
111	Atorvastatinum	Atractin, Atorvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990078264
112	Atorvastatinum	Atractin, Atorvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990078356
113	Atorvastatinum	Larus, Atorvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990078707
114	Atorvastatinum	Torvalipin, Atorvastatinum, tabl. powl., 10, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990053179
115	Atorvastatinum	Torvalipin, Atorvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990053230
116	Atorvastatinum	Torvalipin, Atorvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990053278
117	Atorvastatinum	Atoris, Atorvastatinum, tabl. powl., 10, mg, 90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	05909990336647
118	Atorvastatinum	Atorvox, Atorvastatinum, tabl. powl., 10, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990573400
119	Atorvastatinum	Atorvox, Atorvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990573547
120	Atorvastatinum	Atorvox, Atorvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990573530
121	Atorvastatinum	Atoris, Atorvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990623464
122	Atorvastatinum	Atoris, Atorvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 90 szt.	90 szt.	05909990419173
123	Atorvastatinum	Atoris, Atorvastatinum, tabl. powl., 10, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990991815
124	Atorvastatinum	Atoris, Atorvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990991914
125	Atorvastatinum	Tulip, Atorvastatinum, tabl. powl., 10, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990998814
126	Atorvastatinum	Tulip, Atorvastatinum, tabl. powl., 10, mg, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990998821
127	Atorvastatinum	Tulip, Atorvastatinum, tabl. powl., 10, mg, 90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	05909990998838
128	Atorvastatinum	Tulip, Atorvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990998913
129	Atorvastatinum	Tulip, Atorvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990998920
130	Atorvastatinum	Tulip, Atorvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	05909990998937
131	Atorvastatinum	Apo-Atorva, Atorvastatinum, tabl. powl., 10, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990787586
132	Atorvastatinum	Apo-Atorva, Atorvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990787609
133	Atorvastatinum	Apo-Atorva, Atorvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990787647
134	Atorvastatinum	Atrox 10, Atorvastatinum, tabl. powl., 10, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991124618
135	Atorvastatinum	Atrox 20, Atorvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991124717
136	Atorvastatinum	Atrox 40, Atorvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991124816
137	Atorvastatinum	Lambrinex, Atorvastatinum, tabl. powl., 10, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990905508
138	Atorvastatinum	Lambrinex, Atorvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990905638
139	Atorvastatinum	Lambrinex, Atorvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990905782
140	Atorvastatinum	Atoris, Atorvastatinum, tabl. powl., 30, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990885282
141	Atorvastatinum	Atoris, Atorvastatinum, tabl. powl., 60, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990885336
142	Atorvastatinum	Atoris, Atorvastatinum, tabl. powl., 80, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990885374
143	Atorvastatinum	Tulip 80 mg, Atorvastatinum, tabl. powl., 80, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990810208
144	Atorvastatinum	Atoris, Atorvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	05909990623488
145	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, Atorvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990810161

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
146	Atorvastatinum	Storvas CRT, Atorvastatinum, tabl. powl., 10, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991042097
147	Atorvastatinum	Storvas CRT, Atorvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991042103
148	Atorvastatinum	Storvas CRT, Atorvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991042134
149	Atorvastatinum	Storvas CRT, Atorvastatinum, tabl. powl., 80, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991042141
150	Atorvastatinum	Atorvagen, Atorvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990938926
151	Atorvastatinum	Atorvagen, Atorvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990938995
152	Atorvastatinum	Torvacard 10, Atorvastatinum, tabl. powl., 10, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990338290
153	Atorvastatinum	Torvacard 20, Atorvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990338368
154	Atorvastatinum	Torvacard 40, Atorvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990338436
155	Atorvastatinum	Torvacard 40, Atorvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	05909990338443
156	Atorvastatinum	Atoris, Atorvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 60 szt.	60 szt.	05909991013806
157	Atorvastatinum	Atoris, Atorvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 60 szt.	60 szt.	05909990623471
158	Atorvastatinum	Atoris, Atorvastatinum, tabl. powl., 30, mg, 60 tabl.	60 tabl.	05909990885299
159	Atorvastatinum	Atrox, Atorvastatinum, tabl. powl., 80, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991011383
160	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, Atorvastatinum, tabl. powl., 80, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990900459
161	Atorvastatinum	Atrox 10, Atorvastatinum, tabl. powl., 10, mg, 60 tabl.	60 tabl.	05907695215137
162	Atorvastatinum	Atrox 20, Atorvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 60 tabl.	60 tabl.	05907695215144
163	Atorvastatinum	Atrox 40, Atorvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 60 tabl.	60 tabl.	05907695215151
164	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish, Atorvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990887279
165	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish, Atorvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990887286
166	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, Atorvastatinum, tabl. powl., 10, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990900053
167	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, Atorvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990900275
168	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, Atorvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990899920
169	Atorvastatinum	Atorvasterol, Atorvastatinum, tabl. powl., 80, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991041298
170	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, Atorvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 60 tabl.	60 tabl.	05909990810178
171	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, Atorvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 90 tabl.	90 tabl.	05909990810185
172	Atorvastatinum	Torvacard, Atorvastatinum, tabl. powl., 80, mg, 30 tabl.	30 tabl.	05909990957071
173	Atorvastatinum	Atorvastatin Vitama, Atorvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991201050
174	Atorvastatinum	Atorvastatin Vitama, Atorvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991200787
175	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, Atorvastatinum, tabletki powlekane, 20, mg, 60 tabl.	60 tabl.	05909990899951
176	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, Atorvastatinum, tabletki powlekane, 40, mg, 90 tabl.	90 tabl.	05909990900336
177	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, Atorvastatinum, tabletki powlekane, 20, mg, 90 tabl.	90 tabl.	05909990899975
178	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, Atorvastatinum, tabletki powlekane, 40, mg, 60 tabl.	60 tabl.	05909990900305
179	Atorvastatinum	Lambrinex, Atorvastatinum, tabletki powlekane, 10, mg, 90 tabl.	90 tabl.	05909990905553
180	Atorvastatinum	Lambrinex, Atorvastatinum, tabletki powlekane, 10, mg, 60 tabl.	60 tabl.	05909990905539
181	Atorvastatinum	Lambrinex, Atorvastatinum, tabletki powlekane, 20, mg, 60 tabl.	60 tabl.	05909990905652
182	Atorvastatinum	Lambrinex, Atorvastatinum, tabletki powlekane, 40, mg, 90 tabl.	90 tabl.	05909990905867

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
183	Atorvastatinum	Lambrinex, Atorvastatinum, tabletki powlekane, 40, mg, 60 tabl.	60 tabl.	05909990905805
184	Atorvastatinum	Lambrinex, Atorvastatinum, tabletki powlekane, 20, mg, 90 tabl.	90 tabl.	05909990905676
185	Atorvastatinum	Atorvastatin Aurovitas, Atorvastatinum, tabletki powlekane, 40, mg, 30 tabl.	30 tabl.	05909991321710
186	Atorvastatinum	Atorvastatin Aurovitas, Atorvastatinum, tabletki powlekane, 40, mg, 90 tabl.	90 tabl.	05909991321758
187	Atorvastatinum	Atorvastatin Aurovitas, Atorvastatinum, tabletki powlekane, 20, mg, 30 tabl.	30 tabl.	05909991321611
188	Atorvastatinum	Atorvastatin Aurovitas, Atorvastatinum, tabletki powlekane, 20, mg, 90 tabl.	90 tabl.	05909991321659
189	Atorvastatinum	Atorvagen, Atorvastatinum, tabletki powlekane, 20, mg, 28 tabl.	28 tabl.	05909991385699
190	Atorvastatinum	Atorvagen, Atorvastatinum, tabletki powlekane, 40, mg, 28 tabl.	28 tabl.	05909991385675
191	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, Atorvastatinum, tabletki powlekane, 40, mg, 30 tabl.	30 tabl.	05909991382926
192	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, Atorvastatinum, tabletki powlekane, 20, mg, 30 tabl.	30 tabl.	05909991382902
193	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, Atorvastatinum, tabletki powlekane, 10, mg, 30 tabl.	30 tabl.	05909991382896
194	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, Atorvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 60 szt.	60 szt.	07311920002276
195	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, Atorvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 90 szt.	90 szt.	07311920002269
196	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, Atorvastatinum, tabl. powl., 80, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991382940
197	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, Atorvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 90 szt.	90 szt.	07311920002252
198	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, Atorvastatinum, tabl. powl., 60, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991382933
199	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, Atorvastatinum, tabl. powl., 30, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991382919
200	Atorvastatinum calcicum trihydricum	Apo-Atorva, Atorvastatinum calcicum trihydricum, tabl. powl., 30, mg, 60 szt.	60 szt.	05909991403935
201	Atorvastatinum calcicum trihydricum	Apo-Atorva, Atorvastatinum calcicum trihydricum, tabl. powl., 30, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991403911
202	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras + Glycopyrronii bromidum	Trimbow, Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras + Glycopyrronii bromidum, aerozol inh., roztwór, 87+5+11, µg/dawkę inhalacyjną, 1 poj. a 180 daw.	1 poj. a 180 daw.	08025153008156
203	Beclometasonum + Formoterolum	Fostex, Beclometasonum + Formoterolum, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6, µg/dawkę, poj.po 180 daw.	poj.po 180 daw.	05909990054152
204	Beclometasonum + Formoterolum	Fostex, Beclometasonum + Formoterolum, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6, µg/dawkę, poj.po 180 daw.	poj.po 180 daw.	05909991245696
205	Benazeprilum	Lotensin, Benazeprilum, tabl. powl., 5, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990118816
206	Benazeprilum	Lotensin, Benazeprilum, tabl. powl., 10, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990118915
207	Benazeprilum	Lotensin, Benazeprilum, tabl. powl., 20, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990119011
208	Betaxololum	Betoptic S, Betaxololum, krople do oczu, zawiesina, 2.5, mg/ml, 5 ml	5 ml	05909990186518
209	Betaxololum	Betoptic S, Betaxololum, krople do oczu, zawiesina, 2.5, mg/ml, 10 ml	10 ml	05909990186525
210	Betaxololum	Optibetol 0,5%, Betaxololum, krople do oczu, roztwór, 5, mg/ml, 5 ml (but.)	5 ml (but.)	05909990925513
211	Bimatoprostum	Lumigan, Bimatoprostum, krople do oczu, roztwór, 0.3, mg/ml, 1 but.po 3 ml	1 but.po 3 ml	05909990008469
212	Bimatoprostum	Bimican, Bimatoprostum, krople do oczu, roztwór, 0.3, mg/ml, 1 but.po 3 ml	1 but.po 3 ml	05909991097066
213	Bimatoprostum	Bimican, Bimatoprostum, krople do oczu, roztwór, 0.3, mg/ml, 3 but.po 3 ml	3 but.po 3 ml	05909991097073
214	Bimatoprostum	Bimakolan, Bimatoprostum, krople do oczu, roztwór, 0.3, mg/ml, 1 butelka 3 ml	1 butelka 3 ml	05909991137403
215	Bimatoprostum	Bimakolan, Bimatoprostum, krople do oczu, roztwór, 0.3, mg/ml, 3 butelki po 3 ml	3 butelki po 3 ml	05909991137397
216	Bimatoprostum	Vizibim, Bimatoprostum, krople do oczu, roztwór, 0.3, mg/ml, 1 butelka 3 ml	1 butelka 3 ml	05909991310769
217	Bimatoprostum	Vizibim, Bimatoprostum, krople do oczu, roztwór, 0.3, mg/ml, 3 butelki po 3 ml	3 butelki po 3 ml	05909991310776
218	Bimatoprostum	Bimifree, Bimatoprostum, krople do oczu, roztwór, 0.3, mg/ml, 3 but.po 3 ml	3 but.po 3 ml	05909991335670

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
219	Bimatoprostum	Bimifree, Bimatoprostum, krople do oczu, roztwór, 0.3, mg/ml, 1 but.po 3 ml	1 but.po 3 ml	05909991335663
220	Bimatoprostum	Bimatoprost Genoptim, Bimatoprostum, krople do oczu, roztwór, 0.3, mg/ml, 3 butelki po 3 ml	3 butelki po 3 ml	05907553017644
221	Bimatoprostum	Bimaroz, Bimatoprostum, krople do oczu, roztwór, 0.3, mg/ml, 3 butelki 3 ml	3 butelki 3 ml	05909991105600
222	Bimatoprostum	Bimaroz, Bimatoprostum, krople do oczu, roztwór, 0.3, mg/ml, 1 butelka 3 ml	1 butelka 3 ml	05909991105594
223	Bimatoprostum	Bimatoprost Genoptim, Bimatoprostum, krople do oczu, roztwór, 0.3, mg/ml, 1 but.po 3 ml	1 but.po 3 ml	05909991285708
224	Bimatoprostum + Timololum	Ganfort, Bimatoprostum + Timololum, krople do oczu, roztwór, 0,3+5, mg/ml, 1 but.po 3 ml	1 but.po 3 ml	05909990574315
225	Bimatoprostum + Timololum	Bimaroz Duo, Bimatoprostum + Timololum, krople do oczu, 0,3+5, mg/ml, 1 but.po 3 ml	1 but.po 3 ml	05909991376772
226	Bimatoprostum + Timololum	Bimaroz Duo, Bimatoprostum + Timololum, krople do oczu, 0,3+5, mg/ml, 3 but.po 3 ml	3 but.po 3 ml	05909991376789
227	Bimatoprostum + Timololum	Bimifree Combi, Bimatoprostum + Timololum, krople do oczu, roztwór, 0,3+5, mg/ml, 3 but.po 3 ml	3 but.po 3 ml	05909991422363
228	Bimatoprostum + Timololum	Bimifree Combi, Bimatoprostum + Timololum, krople do oczu, roztwór, 0,3+5, mg/ml, 1 but.po 3 ml	1 but.po 3 ml	05909991422356
229	Bisoprololi fumaras	Sobycor, Bisoprololi fumaras, tabl. powl., 5, mg, 60 szt.	60 szt.	05909991097448
230	Bisoprololi fumaras	Sobycor, Bisoprololi fumaras, tabl. powl., 10, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991097523
231	Bisoprololi fumaras	Sobycor, Bisoprololi fumaras, tabl. powl., 5, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991097400
232	Bisoprololi fumaras	Sobycor, Bisoprololi fumaras, tabl. powl., 10, mg, 60 szt.	60 szt.	05909991097554
233	Bisoprololi fumaras	Bisoprolol Genoptim, Bisoprololi fumaras, tabl. powl., 5, mg, 60 szt.	60 szt.	05909991357993
234	Bisoprololi fumaras	Bisoprolol Genoptim, Bisoprololi fumaras, tabl. powl., 10, mg, 60 szt.	60 szt.	05909991358075
235	Bisoprololum	Bisoratio 5, Bisoprololum, tabl., 5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991015015
236	Bisoprololum	Bisoratio 10, Bisoprololum, tabl., 10, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991015114
237	Bisoprololum	Coronal 10, Bisoprololum, tabl. powl., 10, mg, 60 tabl.	60 tabl.	05909990633869
238	Bisoprololum	Coronal 5, Bisoprololum, tabl. powl., 5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990633791
239	Bisoprololum	Coronal 10, Bisoprololum, tabl. powl., 10, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990633852
240	Bisoprololum	Coronal 5, Bisoprololum, tabl. powl., 5, mg, 60 tabl.	60 tabl.	05909990633807
241	Bisoprololum	Corectin 5, Bisoprololum, tabl. powl., 5, mg, 60 tabl.	60 tabl.	05909991066420
242	Bisoprololum	Corectin 10, Bisoprololum, tabl. powl., 10, mg, 60 tabl.	60 tabl.	05909991066529
243	Bisoprololum	Bicardef 5 mg, Bisoprololum, tabl. powl., 5, mg, 60 tabl.	60 tabl.	05909991197070
244	Bisoprololum	Bicardef 5 mg, Bisoprololum, tabl. powl., 5, mg, 90 tabl.	90 tabl.	05909991197063
245	Bisoprololum	Bicardef 10 mg, Bisoprololum, tabl. powl., 10, mg, 60 tabl.	60 tabl.	05909991197049
246	Bisoprololum	Bicardef 10 mg, Bisoprololum, tabl. powl., 10, mg, 90 tabl.	90 tabl.	05909991197056
247	Bisoprololum	Bisoprolol VP, Bisoprololum, tabletki, 5, mg, 30 tabl.	30 tabl.	05909991151911
248	Bisoprololum	Bisoprolol VP, Bisoprololum, tabletki, 10, mg, 30 tabl.	30 tabl.	05909991152017
249	Brimonidini tartras	Biprolast, Brimonidini tartras, krople do oczu, roztwór, 2, mg/ml, 1 but.po 5 ml	1 but.po 5 ml	05909990874194
250	Brimonidini tartras	Biprolast, Brimonidini tartras, krople do oczu, roztwór, 2, mg/ml, 3 but.po 5 ml	3 but.po 5 ml	05906414000900
251	Brimonidini tartras	Oculobrim, Brimonidini tartras, krople do oczu, roztwór, 2, mg/ml, 3 butelki po 5 ml	3 butelki po 5 ml	05907553017897
252	Brimonidini tartras	Briglau Free, Brimonidini tartras, krople do oczu, roztwór, 2, mg/ml, 1 butelka po 5 ml	1 butelka po 5 ml	05909991379483
253	Brimonidini tartras	Briglau Free, Brimonidini tartras, krople do oczu, roztwór, 2, mg/ml, 3 butelki po 5 ml	3 butelki po 5 ml	05909991379490
254	Brimonidinum	Luxfen, Brimonidinum, krople do oczu, roztwór, 2, mg/ml, 5 ml (but.)	5 ml (but.)	05909990677733
255	Brimonidinum	Alphagan, Brimonidinum, krople do oczu, roztwór, 2, mg/ml, 5 ml	5 ml	05909990865024

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
256	Brimonidinum	Briglau PPH, Brimonidinum, krople do oczu, roztwór, 2, mg/ml, 5 ml (but.)	5 ml (but.)	05909990974641
257	Brimonidinum	Oculobrim, Brimonidinum, krople do oczu, roztwór, 2, mg/ml, 1 butelka po 5 ml	1 butelka po 5 ml	05909991304751
258	Brimonidinum + Timololum	Combigan, Brimonidinum + Timololum, krople do oczu, roztwór, 2+5, mg/ml, 1 but.po 5 ml	1 but.po 5 ml	05909990570546
259	Brinzolamidum	Azopt, Brinzolamidum, krople do oczu, zawiesina, 10, mg/ml, 1 but.po 5 ml	1 but.po 5 ml	05909990869114
260	Brinzolamidum	Optilamid, Brinzolamidum, krople do oczu, zawiesina, 10, mg/ml, 1 but.po 5 ml	1 but.po 5 ml	05909991223571
261	Brinzolamidum	Brinzolamide Genoptim, Brinzolamidum, krople do oczu, zawiesina, 10, mg/ml, 1 but.po 5 ml	1 but.po 5 ml	05909991250386
262	Brinzolamidum	Optilamid, Brinzolamidum, krople do oczu, zawiesina, 10, mg/ml, 3 butelki po 5 ml	3 butelki po 5 ml	05909991223588
263	Budesonidum	Budiair, Budesonidum, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200, µg/dawkę odmierzoną, 1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh.	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh.	05909990335169
264	Budesonidum	Budiair, Budesonidum, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200, µg/dawkę odmierzoną, 1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. z komorą inhalacyjną Jet	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. z komorą inhalacyjną Jet	05909990335176
265	Budesonidum	Ribuspir, Budesonidum, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200, µg/dawkę odmierzoną, 1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh.	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh.	05909990335183
266	Budesonidum	Ribuspir, Budesonidum, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200, µg/dawkę odmierzoną, 1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. z komorą inhalacyjną Jet	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. z komorą inhalacyjną Jet	05909990335190
267	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, Budesonidum, proszek do inhalacji, 400, µg/dawkę, 1 inh.po 100 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy)	1 inh.po 100 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy)	05909990337286
268	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, Budesonidum, proszek do inhalacji, 200, µg/dawkę, 1 inh.po 200 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy)	1 inh.po 200 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy)	05909990337323
269	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, Budesonidum, proszek do inhalacji, 100, µg/dawkę, 1 inh.po 200 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy)	1 inh.po 200 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy)	05909990337354
270	Budesonidum	Pulmicort, Budesonidum, zawiesina do nebulizacji, 0.125, mg/ml, 20 poj.po 2 ml	20 poj.po 2 ml	05909990445615
271	Budesonidum	Pulmicort, Budesonidum, zawiesina do nebulizacji, 0.25, mg/ml, 20 poj.po 2 ml	20 poj.po 2 ml	05909990445714
272	Budesonidum	Pulmicort, Budesonidum, zawiesina do nebulizacji, 0.5, mg/ml, 20 poj.po 2 ml	20 poj.po 2 ml	05909990445813
273	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, Budesonidum, proszek do inhalacji, 100, µg/dawkę inhalacyjną, 1 poj.po 200 daw.	1 poj.po 200 daw.	05909990677313
274	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, Budesonidum, proszek do inhalacji, 200, µg/dawkę inhalacyjną, 1 poj.po 100 daw.	1 poj.po 100 daw.	05909990677412
275	Budesonidum	Miflonide Breezhaler, Budesonidum, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200, µg, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990926213
276	Budesonidum	Miflonide Breezhaler, Budesonidum, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400, µg, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990926312
277	Budesonidum	Budelin Novolizer 200, Budesonidum, proszek do inhalacji, 200, µg/dawkę inhalacyjną, 1 poj.po 2,18 g proszku (200 daw.) + inhal. Novolizer	1 poj.po 2,18 g proszku (200 daw.) + inhal. Novolizer	05909991033224
278	Budesonidum	Budelin Novolizer 200, Budesonidum, proszek do inhalacji, 200, µg/dawkę inhalacyjną, 1 poj.po 2,18 g proszku (200 daw.)	1 poj.po 2,18 g proszku (200 daw.)	05909991033248
279	Budesonidum	Nebbud, Budesonidum, zawiesina do nebulizacji, 0.5, mg/ml, 20 amp. po 2 ml	20 amp. po 2 ml	05909991005733
280	Budesonidum	Pulmicort, Budesonidum, zawiesina do nebulizacji, 0.5, mg/ml, 20 poj.po 2 ml	20 poj.po 2 ml	05909991233099
281	Budesonidum	Nebbud, Budesonidum, zawiesina do nebulizacji, 0.25, mg/2 ml, 20 szt.	20 szt.	05909991107925
282	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, Budesonidum, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200, µg/dawkę inhalacyjną, 60 kaps.	60 kaps.	05909991204082
283	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, Budesonidum, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400, µg/dawkę inhalacyjną, 60 kaps.	60 kaps.	05909991203986
284	Budesonidum	Nebbud, Budesonidum, zawiesina do nebulizacji, 0.25, mg/ml, 20 amp. po 2 ml	20 amp. po 2 ml	05909991005696
285	Budesonidum	Benodil, Budesonidum, zawiesina do nebulizacji, 0.25, mg/ml, 20 amp.po 2 ml	20 amp.po 2 ml	05909991283650
286	Budesonidum	Benodil, Budesonidum, zawiesina do nebulizacji, 0.5, mg/ml, 20 amp.po 2 ml	20 amp.po 2 ml	05909991283698
287	Budesonidum	Benodil, Budesonidum, zawiesina do nebulizacji, 0.125, mg/ml, 20 amp.po 2 ml	20 amp.po 2 ml	05909991283629
288	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, Budesonidum, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200, µg/dawkę inhalacyjną, 120 kaps.	120 kaps.	05909991223793
289	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, Budesonidum, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400, µg/dawkę inhalacyjną, 120 kaps.	120 kaps.	05909991223809
290	Budesonidum	BDS N, Budesonidum, zawiesina do nebulizacji, 0.125, mg/ml, 20 amp.po 2 ml	20 amp.po 2 ml	05909991306137

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
291	Budesonidum	BDS N, Budesonidum, zawiesina do nebulizacji, 0.25, mg/ml, 20 amp.po 2 ml	20 amp.po 2 ml	05909991306144
292	Budesonidum	BDS N, Budesonidum, zawiesina do nebulizacji, 0.5, mg/ml, 20 amp.po 2 ml	20 amp.po 2 ml	05909991306151
293	Budesonidum	Pulmicort, Budesonidum, zawiesina do nebulizacji, 0.5, mg/ml, 20 poj.po 2 ml	20 poj.po 2 ml	05909991269784
294	Budesonidum	Budixon Neb, Budesonidum, zawiesina do nebulizacji, 0.5, mg/ml, 20 poj. 2 ml	20 poj. 2 ml	05906414002539
295	Budesonidum	Budixon Neb, Budesonidum, zawiesina do nebulizacji, 0.25, mg/ml, 20 poj. 2 ml	20 poj. 2 ml	05906414002522
296	Budesonidum	Budixon Neb, Budesonidum, zawiesina do nebulizacji, 0.125, mg/ml, 20 poj. 2 ml	20 poj. 2 ml	05906414002515
297	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort, Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 160+4,5, µg/dawkę inhalacyjną, 1 inh. po 120 daw.	1 inh. po 120 daw.	05000456011648
298	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus, proszek do inhalacji, 160+4,5, µg/dawkę inhalacyjną, 1 inh. po 120 daw.	1 inh. po 120 daw.	05909990873074
299	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus, proszek do inhalacji, 160+4,5, µg/dawkę inhalacyjną, 1 inh. po 60 dawek	1 inh. po 60 dawek	07613421020866
300	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5, µg/dawkę inhalacyjną, 2 inh. po 60 dawek	2 inh. po 60 dawek	05907626709476
301	Budesonidum + Formoterolum	Symbicort Turbuhaler, Budesonidum + Formoterolum, proszek do inhalacji, 80+4,5, µg/dawkę inhalacyjną, 1 inh.po 60 daw.	1 inh.po 60 daw.	05909990872886
302	Budesonidum + Formoterolum	Symbicort Turbuhaler, Budesonidum + Formoterolum, proszek do inhalacji, 320+9, µg/dawkę inhalacyjną, 1 inh.po 60 daw.	1 inh.po 60 daw.	05909990873241
303	Budesonidum + Formoterolum	DuoResp Spiromax, Budesonidum + Formoterolum, proszek do inhalacji, 160+4,5, µg, 1 inhalator (120 dawek)	1 inhalator (120 dawek)	05909991136932
304	Budesonidum + Formoterolum	DuoResp Spiromax, Budesonidum + Formoterolum, proszek do inhalacji, 320+9, µg, 1 inhalator (60 dawek)	1 inhalator (60 dawek)	05909991136963
305	Budesonidum + Formoterolum	Bufomix Easyhaler, Budesonidum + Formoterolum, proszek do inhalacji, 160+4,5, µg/dawkę inhalacyjną, 1 inh. po 60 daw. z opakowaniem ochronnym	1 inh. po 60 daw. z opakowaniem ochronnym	05909991137465
306	Budesonidum + Formoterolum	Bufomix Easyhaler, Budesonidum + Formoterolum, proszek do inhalacji, 160+4,5, µg/dawkę inhalacyjną, 1 inh. po 120 daw. z opakowaniem ochronnym	1 inh. po 120 daw. z opakowaniem ochronnym	05909991137458
307	Budesonidum + Formoterolum	Bufomix Easyhaler, Budesonidum + Formoterolum, proszek do inhalacji, 320+9, µg/dawkę inhalacyjną, 1 inh.po 60 daw. z opakowaniem ochronnym	1 inh.po 60 daw. z opakowaniem ochronnym	05909991137625
308	Buspironi hydrochloridum	Spamilan, Buspironi hydrochloridum, tabl., 10, mg, 60 szt.	60 szt.	05909997201450
309	Buspironi hydrochloridum	Spamilan, Buspironi hydrochloridum, tabl., 10, mg, 60 szt.	60 szt.	05902023776304
310	Buspironum	Spamilan, Buspironum, tabl., 5, mg, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990073597
311	Buspironum	Spamilan, Buspironum, tabl., 10, mg, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990073603
312	Buspironum	Spamilan, Buspironum, tabl., 10, mg, 60 szt.	60 szt.	05909997213538
313	Candesartanum cilexetili	Ranacand, Candesartanum cilexetili, tabl., 16, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990801350
314	Candesartanum cilexetili	Ranacand, Candesartanum cilexetili, tabl., 8, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990801367
315	Candesartanum cilexetili	Karbis, Candesartanum cilexetili, tabletki, 8, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991389420
316	Candesartanum cilexetili	Karbis, Candesartanum cilexetili, tabletki, 8, mg, 56 szt.	56 szt.	05909991389437
317	Candesartanum cilexetili	Karbis, Candesartanum cilexetili, tabletki, 16, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991389468
318	Candesartanum cilexetili	Karbis, Candesartanum cilexetili, tabletki, 16, mg, 56 szt.	56 szt.	05909991389475
319	Candesartanum cilexetili	Karbis, Candesartanum cilexetili, tabletki, 32, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991389512
320	Candesartanum cilexetili	Karbis, Candesartanum cilexetili, tabl., 32, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991395100
321	Candesartanum cilexetili	Karbis, Candesartanum cilexetili, tabl., 8, mg, 56 szt.	56 szt.	05909991390259
322	Candesartanum cilexetili	Karbis, Candesartanum cilexetili, tabl., 8, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991390242
323	Candesartanum cilexetili	Karbis, Candesartanum cilexetili, tabl., 16, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991392475

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
324	Candesartanum cilexetili	Karbis, Candesartanum cilexetili, tabl., 16, mg, 56 szt.	56 szt.	05909991392482
325	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum, tabl., 32+25, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991428112
326	Candesartanum cilexetilum	Atacand, Candesartanum cilexetilum, tabl., 8, mg, 14 szt. (1 blist.po 14 szt.)	14 szt. (1 blist.po 14 szt.)	05909990430017
327	Candesartanum cilexetilum	Atacand, Candesartanum cilexetilum, tabl., 8, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990430024
328	Candesartanum cilexetilum	Atacand, Candesartanum cilexetilum, tabl., 16, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990430123
329	Candesartanum cilexetilum	Karbis, Candesartanum cilexetilum, tabl., 8, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990772162
330	Candesartanum cilexetilum	Karbis, Candesartanum cilexetilum, tabl., 16, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990772193
331	Candesartanum cilexetilum	Candepres, Candesartanum cilexetilum, tabl., 8, mg, 28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990739592
332	Candesartanum cilexetilum	Candepres, Candesartanum cilexetilum, tabl., 16, mg, 28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990739653
333	Candesartanum cilexetilum	Carzap, Candesartanum cilexetilum, tabl., 16, mg, 56 szt.	56 szt.	05909990937196
334	Candesartanum cilexetilum	Karbis, Candesartanum cilexetilum, tabl., 8, mg, 56 tabl.	56 tabl.	05909990772179
335	Candesartanum cilexetilum	Karbis, Candesartanum cilexetilum, tabl., 16, mg, 56 tabl.	56 tabl.	05909990772209
336	Candesartanum cilexetilum	Karbis, Candesartanum cilexetilum, tabl., 32, mg, 28 tabl.	28 tabl.	05909990772230
337	Candesartanum cilexetilum	Carzap, Candesartanum cilexetilum, tabl., 16, mg, 28 tabl.	28 tabl.	05909990937172
338	Candesartanum cilexetilum	Carzap, Candesartanum cilexetilum, tabl., 32, mg, 28 tabl.	28 tabl.	05909990937264
339	Candesartanum cilexetilum	Carzap, Candesartanum cilexetilum, tabl., 8, mg, 56 szt.	56 szt.	05909990937103
340	Candesartanum cilexetilum	Kandesar, Candesartanum cilexetilum, tabl., 8, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990962839
341	Candesartanum cilexetilum	Kandesar, Candesartanum cilexetilum, tabl., 16, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990962945
342	Candesartanum cilexetilum	Carzap, Candesartanum cilexetilum, tabl., 8, mg, 28 tabl.	28 tabl.	05909990937080
343	Candesartanum cilexetilum	Candepres, Candesartanum cilexetilum, tabl., 32, mg, 28 tabl.	28 tabl.	05909990739707
344	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 8+12,5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990800360
345	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 16+12,5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990800629
346	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 16+12,5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990865178
347	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 8+12,5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990957170
348	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 16+12,5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990957255
349	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 32+25, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990865260
350	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 8+12,5, mg, 56 szt.	56 szt.	05909990865147
351	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 16+12,5, mg, 56 szt.	56 szt.	05909990865185
352	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 32+12,5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990865222
353	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 8+12,5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990865130
354	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 8+12,5, mg, 56 szt.	56 szt.	05909990957194
355	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 16+12,5, mg, 56 szt.	56 szt.	05909990957279
356	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 8+12,5, mg, 84 szt.	84 szt.	05909991136833
357	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 16+12,5, mg, 84 szt.	84 szt.	05909991136840
358	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum, tabletki, 32+25, mg, 28 tabl.	28 tabl.	05909991058609
359	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum, tabletki, 32+12,5, mg, 28 tabl.	28 tabl.	05909991057596
360	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 32+12,5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991063702

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
361	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 32+25, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991064051
362	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 16+12,5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991415907
363	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candesartan + Hydrochlorothiazide Vitama, Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum, tabletki, 8+12,5, mg, 28 tabl.	28 tabl.	05909991245528
364	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candesartan + Hydrochlorothiazide Vitama, Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum, tabletki, 16+12,5, mg, 28 tabl.	28 tabl.	05909991245610
365	Carvedilolum	Coryol 12,5 mg, Carvedilolum, tabl., 12.5, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990216505
366	Carvedilolum	Coryol 25 mg, Carvedilolum, tabl., 25, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990216567
367	Carvedilolum	Coryol 3,125 mg, Carvedilolum, tabl., 3.125, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990216604
368	Carvedilolum	Avedol, Carvedilolum, tabl. powl., 6.25, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990074051
369	Carvedilolum	Avedol, Carvedilolum, tabl. powl., 25, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990074129
370	Carvedilolum	Symtrend, Carvedilolum, tabl. powl., 25, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990074662
371	Carvedilolum	Symtrend, Carvedilolum, tabl. powl., 12.5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990074754
372	Carvedilolum	Symtrend, Carvedilolum, tabl. powl., 6.25, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990074792
373	Carvedilolum	Avedol, Carvedilolum, tabl. powl., 12.5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990074099
374	Carvedilolum	Hypoten, Carvedilolum, tabl. powl., 6.25, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990048465
375	Carvedilolum	Hypoten, Carvedilolum, tabl. powl., 6.25, mg, 100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	05909990048472
376	Carvedilolum	Hypoten, Carvedilolum, tabl. powl., 12.5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990048489
377	Carvedilolum	Hypoten, Carvedilolum, tabl. powl., 12.5, mg, 100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	05909990048496
378	Carvedilolum	Hypoten, Carvedilolum, tabl. powl., 25, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990048502
379	Carvedilolum	Hypoten, Carvedilolum, tabl. powl., 25, mg, 100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	05909990048540
380	Carvedilolum	Vivacor, Carvedilolum, tabl., 25, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990687862
381	Carvedilolum	Vivacor, Carvedilolum, tabl., 25, mg, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990687879
382	Carvedilolum	Vivacor, Carvedilolum, tabl., 6.25, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990687886
383	Carvedilolum	Vivacor, Carvedilolum, tabl., 6.25, mg, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990687893
384	Carvedilolum	Vivacor, Carvedilolum, tabl., 12.5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990687909
385	Carvedilolum	Vivacor, Carvedilolum, tabl., 12.5, mg, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990687930
386	Carvedilolum	Carvetrend, Carvedilolum, tabl., 3.125, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991016814
387	Carvedilolum	Carvetrend, Carvedilolum, tabl., 6.25, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991016913
388	Carvedilolum	Carvetrend, Carvedilolum, tabl., 12.5, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991017019
389	Carvedilolum	Carvetrend, Carvedilolum, tabl., 25, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991017118
390	Carvedilolum	Coryol, Carvedilolum, tabl., 6.25, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990983315
391	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, Carvedilolum, tabl., 6.25, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990727100
392	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, Carvedilolum, tabl., 12.5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990727148
393	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, Carvedilolum, tabl., 25, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990727193
394	Carvedilolum	Atram 25, Carvedilolum, tabl., 25, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990570409
395	Carvedilolum	Atram 12,5, Carvedilolum, tabl., 12.5, mg, 30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990570430
396	Carvedilolum	Atram 6,25, Carvedilolum, tabl., 6.25, mg, 30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990570454
397	Chloroquinum	Arechin, Chloroquinum, tabl., 250, mg, 30 tabl.	30 tabl.	05909991139582

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
398	Ciclesonidum	Alvesco 80, Ciclesonidum, aerozol inhalacyjny, roztwór, 80, µg, 1 poj. 120 daw.	1 poj. 120 daw.	05909990212057
399	Ciclesonidum	Alvesco 160, Ciclesonidum, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160, µg, 1 poj. 120 daw.	1 poj. 120 daw.	05909990212064
400	Ciclesonidum	Alvesco 80, Ciclesonidum, aerozol inhalacyjny, roztwór, 80, µg, 1 poj. 60 daw.	1 poj. 60 daw.	05909990218523
401	Ciclesonidum	Alvesco 160, Ciclesonidum, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160, µg, 1 poj. 60 daw.	1 poj. 60 daw.	05909990218530
402	Cilazaprilum	Cilan, Cilazaprilum, tabl. powl., 2.5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990066780
403	Cilazaprilum	Cilan, Cilazaprilum, tabl. powl., 5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990066803
404	Cilazaprilum	Cilan, Cilazaprilum, tabl. powl., 0.5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990066636
405	Cilazaprilum	Cilan, Cilazaprilum, tabl. powl., 1, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990066667
406	Cilazaprilum	Cazaprol, Cilazaprilum, tabl. powl., 1, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990678648
407	Cilazaprilum	Cazaprol, Cilazaprilum, tabl. powl., 2.5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990678655
408	Cilazaprilum	Cazaprol, Cilazaprilum, tabl. powl., 5, mg, 28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990678679
409	Cilazaprilum + Hydrochlorothiazidum	Cazacombi, Cilazaprilum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 5+12,5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990781676
410	Ciprofibratum	Lipanor, Ciprofibratum, kaps., 100, mg, 30 kaps. (3 blist.po 10 szt.)	30 kaps. (3 blist.po 10 szt.)	05909990376612
411	Clonazepamum	Clonazepamum TZF, Clonazepamum, tabl., 2, mg, 30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990135516
412	Clonazepamum	Clonazepamum TZF, Clonazepamum, tabl., 0.5, mg, 30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990135615
413	Clopamidum	Clopamid VP, Clopamidum, tabl., 20, mg, 20 szt. (1 blist.po 20 szt.)	20 szt. (1 blist.po 20 szt.)	05909990141012
414	Clopidogrelum	Clopidix, Clopidogrelum, tabl. powl., 75, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990625826
415	Clopidogrelum	Clopidogrel Apotex, Clopidogrelum, tabl. powl., 75, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990774401
416	Clopidogrelum	Agregex, Clopidogrelum, tabl. powl., 75, mg, 28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990754748
417	Clopidogrelum	Plavocorin, Clopidogrelum, tabl. powl., 75, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990762729
418	Clopidogrelum	Grepid, Clopidogrelum, tabl. powl., 75, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990727667
419	Clopidogrelum	Areplex, Clopidogrelum, tabl. powl., 75, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991167011
420	Clopidogrelum	Zyllt, Clopidogrelum, tabl. powl., 75, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991109219
421	Clopidogrelum	Pegorel, Clopidogrelum, tabl. powl., 75, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990793730
422	Clopidogrelum	Vixam, Clopidogrelum, tabl., 75, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990866533
423	Clopidogrelum	Clopidogrel KRKA, Clopidogrelum, tabl. powl., 75, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991029388
424	Clopidogrelum	Agregex, Clopidogrelum, tabl. powl., 75, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991251949
425	Clopidogrelum	Agregex, Clopidogrelum, tabl. powl., 75, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991271602
426	Clopidogrelum	Clopidogrel Bluefish, Clopidogrelum, tabl. powl., 75, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990768141
427	Clopidogrelum	Zyllt, Clopidogrelum, tabletki powlekane, 75, mg, 28 szt.	28 szt.	05901878600475
428	Clopidogrelum	Agregex, Clopidogrelum, tabl. powl., 75, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991397005
429	Clopidogrelum	Zyllt, Clopidogrelum, tabl. powl., 75, mg, 28 szt.	28 szt.	05903792743382
430	Cyanocobalaminum (vit. B12)	Vitaminum B12 WZF, Cyanocobalaminum (vit. B12), roztwór do wstrzykiwań, 500, µg/ml, 5 amp.po 2 ml	5 amp.po 2 ml	05909990244010
431	Czterowalentna szczepionka przeciw grypie (rozszczepiony wirion), inaktywowana	VaxigripTetra, Czterowalentna szczepionka przeciw grypie (rozszczepiony wirion), inaktywowana, zawiesina do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 1, dawka, 1 amp.-strzyk. 0,5 ml z igłą	1 amp.-strzyk. 0,5 ml z igłą	05909991302108
432	Dabigatranum etexilatum	Pradaxa, Dabigatranum etexilatum, kaps. twarde, 75, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990641222
433	Dabigatranum etexilatum	Pradaxa, Dabigatranum etexilatum, kaps. twarde, 110, mg, 10 szt.	10 szt.	05909990641253

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
434	Dabigatranum etexilatum	Pradaxa, Dabigatranum etexilatum, kaps. twarde, 110, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990641260
435	Dabigatranum etexilatum	Pradaxa, Dabigatranum etexilatum, kaps. twarde, 150, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990887453
436	Dalteparinum natricum	Fragmin, Dalteparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań, 2500, j.m. (anty-Xa)/0,2 ml, 10 amp.-strz.po 0,2 ml	10 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990776412
437	Dalteparinum natricum	Fragmin, Dalteparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań, 5000, j.m. (anty-Xa)/0,2 ml, 10 amp.-strz.po 0,2 ml	10 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990776511
438	Dalteparinum natricum	Fragmin, Dalteparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań, 10000, j.m. (anty-Xa)/0,4 ml, 5 amp.-strz.po 0,4 ml	5 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990958818
439	Dalteparinum natricum	Fragmin, Dalteparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań, 7500, j.m. (anty-Xa)/0,3 ml, 10 amp.-strz.po 0,3 ml	10 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990949410
440	Dalteparinum natricum	Fragmin, Dalteparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań, 12500, j.m. (anty-Xa)/0,5 ml, 5 amp.-strz.po 0,5 ml	5 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990949519
441	Dalteparinum natricum	Fragmin, Dalteparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań, 15000, j.m. (anty-Xa)/0,6 ml, 5 amp.-strz.po 0,6 ml	5 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990949618
442	Dalteparinum natricum	Fragmin, Dalteparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań, 18000, j.m. (anty-Xa)/0,72 ml, 5 amp.-strz z igłą po 0,72 ml	5 amp.-strz z igłą po 0,72 ml	05909990949717
443	Denosumabum	Prolia, Denosumabum, roztwór do wstrzykiwań, 60, mg/1 ml, 1 amp.-strz.po 1 ml	1 amp.-strz.po 1 ml	05909990761647
444	Dinatrii pamidronas	Pamifos-30, Dinatrii pamidronas, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 30, mg, 2 fiol. z prosz.po 30 mg + 2 amp.po 10 ml	2 fiol. z prosz.po 30 mg + 2 amp.po 10 ml	05909990661671
445	Dinatrii pamidronas	Pamifos-60, Dinatrii pamidronas, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 60, mg, 1 fiol. z prosz.po 60 mg + 1 amp.po 10 ml	1 fiol. z prosz.po 60 mg + 1 amp.po 10 ml	05909990661688
446	Dinatrii pamidronas	Pamifos-90, Dinatrii pamidronas, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 90, mg, 1 fiol. z prosz.po 90 mg + 1 amp.po 10 ml	1 fiol. z prosz.po 90 mg + 1 amp.po 10 ml	05909990661695
447	Donepezil hydrochloride	Cogiton 10, Donepezil hydrochloride, tabl. powl., 10, mg, 56 szt.	56 szt.	05909991024420
448	Donepezil hydrochloride	Cogiton 10, Donepezil hydrochloride, tabl. powl., 10, mg, 84 szt.	84 szt.	05907695215380
449	Donepezili hydrochloridum	Donepezil Polfarmex, Donepezili hydrochloridum, tabl., 5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990877553
450	Donepezili hydrochloridum	Donepezil Polfarmex, Donepezili hydrochloridum, tabl., 10, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990877669
451	Donepezili hydrochloridum	Donectil, Donepezili hydrochloridum, tabl. powl., 10, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990683666
452	Donepezili hydrochloridum	Donectil, Donepezili hydrochloridum, tabl. powl., 5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990683581
453	Donepezili hydrochloridum	Donecept, Donepezili hydrochloridum, tabletki powlekane, 10, mg, 28 tabl.	28 tabl.	05909991344481
454	Donepezili hydrochloridum	Symepezil, Donepezili hydrochloridum, tabl. powl., 5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991275747
455	Donepezili hydrochloridum	Symepezil, Donepezili hydrochloridum, tabl. powl., 10, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991275778
456	Donepezili hydrochloridum	Memorion, Donepezili hydrochloridum, tabl. powl., 5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991398842
457	Donepezili hydrochloridum	Memorion, Donepezili hydrochloridum, tabl. powl., 10, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991403560
458	Donepezilum	Donesyn, Donepezilum, tabl. powl., 5, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990657353
459	Donepezilum	Donesyn, Donepezilum, tabl. powl., 10, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990657360
460	Donepezilum	Donecept, Donepezilum, tabl. powl., 10, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990689873
461	Donepezilum	Donecept, Donepezilum, tabl. powl., 5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990689781
462	Donepezilum	Doneprion, Donepezilum, tabl. powl., 5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990776870
463	Donepezilum	Doneprion, Donepezilum, tabl. powl., 10, mg, 28 tabl.	28 tabl.	05909990776900
464	Donepezilum	Apo-Doperil, Donepezilum, tabl. powl., 5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990770038
465	Donepezilum	Apo-Doperil, Donepezilum, tabl. powl., 10, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990770045
466	Donepezilum	Pamigen, Donepezilum, tabl. powl., 5, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990726929
467	Donepezilum	Pamigen, Donepezilum, tabl. powl., 10, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990726936
468	Donepezilum	Yasnal, Donepezilum, tabl. powl., 5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990993215

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
469	Donepezilum	Yasnal, Donepezilum, tabl. powl., 10, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990993314
470	Donepezilum	Ricordo, Donepezilum, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990798933
471	Donepezilum	Ricordo, Donepezilum, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990798940
472	Donepezilum	Yasnal Q-Tab, Donepezilum, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990850204
473	Donepezilum	Yasnal Q-Tab, Donepezilum, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990850075
474	Donepezilum	Donepex, Donepezilum, tabl. powl., 5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991055912
475	Donepezilum	Donepex, Donepezilum, tabl. powl., 10, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991056018
476	Donepezilum	Cogiton 5, Donepezilum, tabl. powl., 5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991024314
477	Donepezilum	Cogiton 10, Donepezilum, tabl. powl., 10, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991024413
478	Donepezilum	Donepezil Bluefish, Donepezilum, tabl. powl., 5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990814077
479	Donepezilum	Donepezil Bluefish, Donepezilum, tabl. powl., 10, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990814138
480	Donepezilum	Donectil ODT, Donepezilum, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990851492
481	Donepezilum	Apo-Doperil, Donepezilum, tabl. powl., 10, mg, 98 szt.	98 szt.	05902020661474
482	Dorzolamidum	Rozalin, Dorzolamidum, krople do oczu, roztwór, 20, mg/ml, 1 but.po 5 ml	1 but.po 5 ml	05909990643929
483	Dorzolamidum	Trusopt, Dorzolamidum, krople do oczu, roztwór, 20, mg/ml, 1 but.po 5 ml	1 but.po 5 ml	05909990661329
484	Dorzolamidum	Dropzol, Dorzolamidum, krople do oczu, roztwór, 20, mg/ml, 1 but.	1 but.	05909990838325
485	Dorzolamidum	Nodom, Dorzolamidum, krople do oczu, roztwór, 20, mg/ml, 1 but.po 5 ml	1 but.po 5 ml	05909990942855
486	Dorzolamidum	Dorzolamid STADA, Dorzolamidum, krople do oczu, roztwór, 20, mg/ml, 1 but.po 5 ml	1 but.po 5 ml	05909990880591
487	Dorzolamidum	Rozalin, Dorzolamidum, krople do oczu, roztwór, 20, mg/ml, 3 x 5 ml	3 x 5 ml	05906414000962
488	Dorzolamidum	Dorzoma Mono, Dorzolamidum, krople do oczu, roztwór, 20, mg/ml, 1 but.po 5 ml	1 but.po 5 ml	05909991234904
489	Dorzolamidum	Nodofree, Dorzolamidum, krople do oczu, roztwór, 20, mg/ml, 3 butelki 5 ml	3 butelki 5 ml	05909991344313
490	Dorzolamidum	Nodofree, Dorzolamidum, krople do oczu, roztwór, 20, mg/ml, 1 butelka 5 ml	1 butelka 5 ml	05909991344306
491	Dorzolamidum	Vizidor, Dorzolamidum, krople do oczu, 20, mg/ml, 1 butelka po 5 ml	1 butelka po 5 ml	05909991310936
492	Dorzolamidum	Vizidor, Dorzolamidum, krople do oczu, 20, mg/ml, 3 butelki po 5 ml	3 butelki po 5 ml	05909991310943
493	Dorzolamidum	Nodom, Dorzolamidum, krople do oczu, roztwór, 20, mg/ml, 3 butelki po 5 ml	3 butelki po 5 ml	05900257101015
494	Dorzolamidum + Timololum	Cosopt, Dorzolamidum + Timololum, krople do oczu, roztwór, 20+5, mg/ml, 1 but.po 5 ml	1 but.po 5 ml	05909990442423
495	Dorzolamidum + Timololum	Rozacom, Dorzolamidum + Timololum, krople do oczu, roztwór, 20+5, mg/ml, 1 but.po 5 ml	1 but.po 5 ml	05909990746705
496	Dorzolamidum + Timololum	Oftidorix, Dorzolamidum + Timololum, krople do oczu, roztwór, 20+5, mg/ml, 5 ml	5 ml	05909990866144
497	Dorzolamidum + Timololum	Dropzol Tim, Dorzolamidum + Timololum, krople do oczu, roztwór, 20+5, mg/ml, 1 but.po 5 ml	1 but.po 5 ml	05909990898305
498	Dorzolamidum + Timololum	Nodom Combi, Dorzolamidum + Timololum, krople do oczu, roztwór, 20+5, mg/ml, 1 but.po 5 ml	1 but.po 5 ml	05909991067267
499	Dorzolamidum + Timololum	Rozacom, Dorzolamidum + Timololum, krople do oczu, roztwór, 20+5, mg/ml, 3 x 5 ml w butelce	3 x 5 ml w butelce	05906414000955
500	Dorzolamidum + Timololum	Nodom Combi, Dorzolamidum + Timololum, krople do oczu, roztwór, 20+5, mg/ml, 3 but.po 5 ml	3 but.po 5 ml	05909991067274
501	Dorzolamidum + Timololum	Vizidor Duo, Dorzolamidum + Timololum, krople do oczu, 20 + 5 , mg/ml, 1 butelka po 5 ml	1 butelka po 5 ml	05909991311049
502	Dorzolamidum + Timololum	Vizidor Duo, Dorzolamidum + Timololum, krople do oczu, 20 + 5 , mg/ml, 3 butelki po 5 ml	3 butelki po 5 ml	05909991311056
503	Dorzolamidum + Timololum	Nodofree Combi, Dorzolamidum + Timololum, krople do oczu, roztwór, 20+5, mg/ml, 3 but. po 5 ml	3 but. po 5 ml	05909991340681
504	Dorzolamidum + Timololum	Nodofree Combi, Dorzolamidum + Timololum, krople do oczu, roztwór, 20+5, mg/ml, 1 but. po 5 ml	1 but. po 5 ml	05909991340674
505	Doxazosini mesilas	Doxazosin Aurovitas, Doxazosini mesilas, tabletki, 2, mg, 30 szt.	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**
506	Doxazosini mesilas	Doxazosin Aurovitas, Doxazosini mesilas, tabletki, 4, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991305420
507	Doxazosinum	Kamiren XL, Doxazosinum, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990022571
508	Doxazosinum	Doxagen, Doxazosinum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990037957
509	Doxazosinum	Cardura XL, Doxazosinum, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4, mg, 30 tabl.	30 tabl.	05909990431410
510	Doxazosinum	Cardura XL, Doxazosinum, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 8, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990431519
511	Doxazosinum	Doxar, Doxazosinum, tabl., 1, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990484911
512	Doxazosinum	Doxar, Doxazosinum, tabl., 2, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990485017
513	Doxazosinum	Doxar, Doxazosinum, tabl., 4, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990485116
514	Doxazosinum	Kamiren, Doxazosinum, tabl., 2, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990491315
515	Doxazosinum	Kamiren, Doxazosinum, tabl., 4, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990491414
516	Doxazosinum	Doxanorm, Doxazosinum, tabl., 1, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990854318
517	Doxazosinum	Doxanorm, Doxazosinum, tabl., 2, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990854417
518	Doxazosinum	Doxanorm, Doxazosinum, tabl., 4, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990854516
519	Doxazosinum	Apo-Doxan 1, Doxazosinum, tabl., 1, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990969517
520	Doxazosinum	Apo-Doxan 2, Doxazosinum, tabl., 2, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990969616
521	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, Doxazosinum, tabl., 4, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990969715
522	Doxazosinum	Doxalong / Doxar XL, Doxazosinum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4, mg, 90 szt.	90 szt.	05909990884582
523	Doxazosinum	Doxalong / Doxar XL, Doxazosinum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990790951
524	Doxazosinum	Doxonex, Doxazosinum, tabl., 2, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991149611
525	Doxazosinum	Doxonex, Doxazosinum, tabl., 4, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991149710
526	Doxazosinum	Dozox, Doxazosinum, tabl., 4, mg, 30 tabl.	30 tabl.	05901720140005
527	Doxazosinum	Dozox, Doxazosinum, tabl., 4, mg, 90 tabl.	90 tabl.	05901720140012
528	Doxazosinum	Kamiren XL, Doxazosinum, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4, mg, 60 szt.	60 szt.	05909991013820
529	Doxazosinum	Zoxon 4, Doxazosinum, tabl., 4, mg, 90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	05909990080267
530	Doxazosinum	Doxar, Doxazosinum, tabl., 4, mg, 120 tabl.	120 tabl.	05908289660289
531	Doxazosinum	Doxazosin Genoptim, Doxazosinum, tabl., 4, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991288945
532	Doxazosinum	Zoxon 2, Doxazosinum, tabl., 2, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990903429
533	Doxazosinum	Zoxon 4, Doxazosinum, tabl., 4, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990903511
534	Doxazosinum	Doxar, Doxazosinum, tabl., 2, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991298043
535	Doxazosinum	Doxar, Doxazosinum, tabl., 4, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991298050
536	Doxazosinum	Adadox, Doxazosinum, tabletki, 4, mg, 30 tabl.	30 tabl.	05909990902255
537	Doxazosinum	Adadox, Doxazosinum, tabletki, 4, mg, 90 tabl.	90 tabl.	05909990902293
538	Doxazosinum	Adadox, Doxazosinum, tabletki, 2, mg, 30 tabl.	30 tabl.	05909990901890
539	Doxazosinum	Doxorion, Doxazosinum, tabletki, 4, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991320751
540	Doxazosinum	Doxorion, Doxazosinum, tabletki, 2, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991320737
541	Doxazosinum	Doxar, Doxazosinum, tabletki, 4, mg, 28 tabl.	28 tabl.	05909991325626
542	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, Doxazosinum, tabl., 4, mg, 60 szt.	60 szt.	05909991271367

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
543	Doxazosinum	Zoxon 1, Doxazosinum, tabl., 1, mg, 30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990903320
544	Doxazosinum	Doxar, Doxazosinum, tabl., 2, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991276492
545	Doxazosinum	Doxar, Doxazosinum, tabl., 4, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991276508
546	Doxazosinum	Doxar, Doxazosinum, tabletki, 4, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991376475
547	Doxazosinum	Doxazosin XR Genoptim, Doxazosinum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990066797
548	Enalaprilum	Enarenal, Enalaprilum, tabl., 20, mg, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990020829
549	Enalaprilum	Enarenal, Enalaprilum, tabl., 20, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990020836
550	Enalaprilum	Enarenal, Enalaprilum, tabl., 5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990014934
551	Enalaprilum	Enarenal, Enalaprilum, tabl., 5, mg, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990014958
552	Enalaprilum	Enarenal, Enalaprilum, tabl., 10, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990015030
553	Enalaprilum	Enarenal, Enalaprilum, tabl., 10, mg, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990015054
554	Enoxaparinum natricum	Clexane, Enoxaparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań, 100, mg/ml, 10 amp.-strz.po 0,2 ml	10 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990048328
555	Enoxaparinum natricum	Clexane, Enoxaparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań, 100, mg/ml, 10 amp.-strz.po 0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990048427
556	Enoxaparinum natricum	Clexane, Enoxaparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań, 100, mg/ml, 10 amp.-strz.po 0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990774821
557	Enoxaparinum natricum	Clexane, Enoxaparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań, 100, mg/ml, 10 amp.-strz.po 1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990774920
558	Enoxaparinum natricum	Clexane, Enoxaparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań, 100, mg/ml, 10 amp.-strz.po 0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990775026
559	Enoxaparinum natricum	Clexane forte, Enoxaparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań, 120, mg/0,8 ml, 10 amp.-strz.po 0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990891429
560	Enoxaparinum natricum	Clexane forte, Enoxaparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań, 150, mg/1 ml, 10 amp.-strz.po 1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990891528
561	Enoxaparinum natricum	Neoparin, Enoxaparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań, 20, mg/0,2 ml, 10 amp.-strz.po 0,2 ml	10 amp.-strz.po 0,2 ml	05906395161010
562	Enoxaparinum natricum	Neoparin, Enoxaparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań, 60, mg/0,6 ml, 10 amp.-strz.po 0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05906395161058
563	Enoxaparinum natricum	Neoparin, Enoxaparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań, 80, mg/0,8 ml, 10 amp.-strz.po 0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05906395161072
564	Enoxaparinum natricum	Neoparin, Enoxaparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań, 100, mg/1 ml, 10 amp.-strz.po 1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05906395161096
565	Enoxaparinum natricum	Neoparin, Enoxaparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań, 40, mg/0,4 ml, 10 amp.-strz.po 0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05906395161034
566	Enoxaparinum natricum	Neoparin Forte, Enoxaparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 120, mg/0,8 ml, 10 amp.-strz.	10 amp.-strz.	05906395161126
567	Enoxaparinum natricum	Neoparin Forte, Enoxaparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 150, mg/1 ml, 10 amp.-strz.	10 amp.-strz.	05906395161164
568	Enoxaparinum natricum	Losmina, Enoxaparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20, mg/0,2 ml, 10 amp.-strz.	10 amp.-strz.	05909991378783
569	Enoxaparinum natricum	Losmina, Enoxaparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 40, mg/0,4 ml, 10 amp.-strz.	10 amp.-strz.	05909991379186
570	Enoxaparinum natricum	Losmina, Enoxaparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 60, mg/0,6 ml, 10 amp.-strz.	10 amp.-strz.	05909991379100
571	Enoxaparinum natricum	Losmina, Enoxaparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 80, mg/0,8 ml, 10 amp.-strz.	10 amp.-strz.	05909991378943
572	Enoxaparinum natricum	Losmina, Enoxaparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 100, mg/1 ml, 10 amp.-strz.	10 amp.-strz.	05909991379001
573	Eprosartanum	Teveten, Eprosartanum, tabl. powl., 600, mg, 14 szt. (1 blist.po 14 szt.)	14 szt. (1 blist.po 14 szt.)	05909990868414
574	Ezetimibum	Ezen, Ezetimibum, tabletki, 10, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991096229
575	Ezetimibum	Ezolip, Ezetimibum, tabletki, 10, mg, 30 tabl.	30 tabl.	05909991304416
576	Ezetimibum	Ezoleta, Ezetimibum, tabletki, 10, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991311407
577	Ezetimibum	Ezetimibe Mylan, Ezetimibum, tabl., 10, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991189822
578	Ezetimibum	Ezehron, Ezetimibum, tabletki, 10, mg, 28 tabl.	28 tabl.	05909991347161
579	Ezetimibum	Mizetib, Ezetimibum, tabletki, 10, mg, 28 tabl.	28 tabl.	05903060613973

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
580	Ezetimibum	Symezet, Ezetimibum, tabletki w blistrze, 10, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991347529
581	Ezetimibum	Esetin, Ezetimibum, tabletki, 10, mg, 30 tabl.	30 tabl.	05909991388669
582	Ezetimibum	Lipegis, Ezetimibum, tabletki, 10, mg, 30 tabl.	30 tabl.	05909990996902
583	Ezetimibum	Etibax, Ezetimibum, tabl., 10, mg, 90 szt.	90 szt.	05909991402310
584	Ezetimibum	Etibax, Ezetimibum, tabl., 10, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991402303
585	Felodipinum	Plendil, Felodipinum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990344819
586	Felodipinum	Plendil, Felodipinum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990344918
587	Fenofibratum	Grofibrat, Fenofibratum, kaps., 100, mg, 50 szt.	50 szt.	05909990109814
588	Fenofibratum	Lipanthyl Supra 215 mg, Fenofibratum, tabl. powl., 215, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990431342
589	Fenofibratum	Grofibrat 200, Fenofibratum, kaps., 200, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990492114
590	Fenofibratum	Lipanthyl 267M, Fenofibratum, kaps., 267, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990492817
591	Fenofibratum	Fenardin, Fenofibratum, kaps. twarde, 267, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990611065
592	Fenofibratum	Lipanthyl 200M, Fenofibratum, kaps., 200, mg, 30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990687947
593	Fenofibratum	Lipanthyl Supra 160, Fenofibratum, tabl. powl., 160, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990903917
594	Fenofibratum	Apo-Feno 200 M, Fenofibratum, kaps. twarde, 200, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990909414
595	Fenofibratum	Biofibrat, Fenofibratum, kaps. twarde, 267, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990754526
596	Fenofibratum	Biofibrat, Fenofibratum, kaps. twarde, 200, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990754496
597	Fenofibratum	Fenardin, Fenofibratum, kaps. twarde, 160, mg, 30 szt. (3 blist.po 10)	30 szt. (3 blist.po 10)	05909990713974
598	Fenofibratum	Grofibrat S, Fenofibratum, tabl. powl., 160, mg, 30 tabl.	30 tabl.	05909991212339
599	Fenofibratum	Grofibrat S, Fenofibratum, tabl. powl., 215, mg, 30 tabl.	30 tabl.	05909991201173
600	Fenofibratum	Grofibrat S, Fenofibratum, tabletki powlekane, 160, mg, 60 szt.	60 szt.	05907594031500
601	Fenofibratum	Grofibrat S, Fenofibratum, tabletki powlekane, 160, mg, 90 szt.	90 szt.	05907594031609
602	Fenofibratum	Grofibrat S, Fenofibratum, tabletki powlekane, 215, mg, 90 szt.	90 szt.	05907594031807
603	Fenofibratum	Grofibrat S, Fenofibratum, tabletki powlekane, 215, mg, 60 szt.	60 szt.	05907594031708
604	Fenofibratum	Grofibrat M, Fenofibratum, kapsułki twarde, 267, mg, 90 kaps.	90 kaps.	05907594032507
605	Fenofibratum	Grofibrat M, Fenofibratum, kapsułki twarde, 267, mg, 60 kaps.	60 kaps.	05907594032408
606	Fenofibratum	Grofibrat M, Fenofibratum, kapsułki twarde, 267, mg, 30 kaps.	30 kaps.	05907594032309
607	Fenoterolum	Berotec N 100, Fenoterolum, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100, µg/dawkę, 1 poj.po 10 ml (200 daw.)	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909990376414
608	Fenoterolum + Ipratropii bromidum	Berodual, Fenoterolum + Ipratropii bromidum, roztwór do nebulizacji, 0,5+0,25, mg/ml, 20 ml	20 ml	05909990101917
609	Fenoterolum + Ipratropii bromidum	Berodual N, Fenoterolum + Ipratropii bromidum, aerozol inhalacyjny, roztwór, 50+21, µg/dawkę inhalacyjną, 1 poj.po 200 dawek	1 poj.po 200 dawek	05909990917815
610	Finasteridum	Finpros 5 mg, Finasteridum, tabl. powl., 5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990017973
611	Finasteridum	Hyplafin, Finasteridum, tabl. powl., 5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990017997
612	Finasteridum	Finaran, Finasteridum, tabl. powl., 5, mg, 30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990082391
613	Finasteridum	Symasteride, Finasteridum, tabl. powl., 5, mg, 30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990074105
614	Finasteridum	Antiprost, Finasteridum, tabl. powl., 5, mg, 30 tabl.	30 tabl.	05909990067770
615	Finasteridum	Apo-Fina, Finasteridum, tabl. powl., 5, mg, 30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990048670
616	Finasteridum	Finxta, Finasteridum, tabl. powl., 5, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990050895

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
617	Finasteridum	Finasterid Stada 5 mg tabletki powlekane, Finasteridum, tabl. powl., 5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990055098
618	Finasteridum	Androster, Finasteridum, tabl. powl., 5, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990055470
619	Finasteridum	FinaGen, Finasteridum, tabl. powl., 5, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990692781
620	Finasteridum	Proscar, Finasteridum, tabl. powl., 5, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990362110
621	Finasteridum	Androster, Finasteridum, tabl. powl., 5, mg, 90 szt.	90 szt.	05909990906154
622	Finasteridum	Finaster, Finasteridum, tabl. powl., 5, mg, 90 szt.	90 szt.	05909990811045
623	Finasteridum	Finamef, Finasteridum, tabl. powl., 5, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990713127
624	Finasteridum	Finamef, Finasteridum, tabl. powl., 5, mg, 90 szt.	90 szt.	05909990713141
625	Finasteridum	Finaster, Finasteridum, tabl. powl., 5, mg, 30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909991151218
626	Finasteridum	Zasterid, Finasteridum, tabl. powl., 5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991053710
627	Finasteridum	Uronezyr, Finasteridum, tabl. powl., 5, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991088842
628	Finasteridum	Apo-Fina, Finasteridum, tabl. powl., 5, mg, 90 szt.	90 szt.	05909990938797
629	Finasteridum	Symasteride, Finasteridum, tabl. powl., 5, mg, 90 tabl.	90 tabl.	05909991107871
630	Finasteridum	Finasteridum Bluefish, Finasteridum, tabl. powl., 5, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991096571
631	Finasteridum	Finasteridum Bluefish, Finasteridum, tabl. powl., 5, mg, 90 szt.	90 szt.	05909991096601
632	Finasteridum	Finamef, Finasteridum, tabl. powl., 5, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991222673
633	Finasteridum	Finaster, Finasteridum, tabl. powl., 5, mg, 120 szt.	120 szt.	05909991207311
634	Finasteridum	Finiprost, Finasteridum, tabletki powlekane, 5, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991317720
635	Finasteridum	Finamef, Finasteridum, tabl. powl., 5, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991282288
636	Finasteridum	Adaster, Finasteridum, tabl. powl., 5, mg, 90 szt.	90 szt.	05909990711987
637	Finasteridum	Adaster, Finasteridum, tabl. powl., 5, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990711949
638	Finasteridum	Finasterid Stada 5 mg tabletki powlekane, Finasteridum, tabletki powlekane, 5, mg, 120 tabl.	120 tabl.	05909991284053
639	Finasteridum	Finasterid Stada 5 mg tabletki powlekane, Finasteridum, tabletki powlekane, 5, mg, 90 tabl.	90 tabl.	05909991289430
640	Finasteridum	Penester, Finasteridum, tabl. powl., 5, mg, 90 szt. (6 blist.po 15 szt.)	90 szt. (6 blist.po 15 szt.)	05909990077274
641	Finasteridum	Penester, Finasteridum, tabl. powl., 5, mg, 30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990077267
642	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, Fluconazolum, syrop, 5, mg/ml, 150 ml (but.)	150 ml (but.)	05909990859511
643	Fluconazolum	Fluconazin, Fluconazolum, syrop, 5, mg/ml, 1 but.po 150 ml	1 but.po 150 ml	05909991097219
644	Fluconazolum	Flumycon, Fluconazolum, syrop, 5, mg/ml, 150 ml w butelce	150 ml w butelce	05909990841707
645	Fluconazolum	Candifluc, Fluconazolum, syrop, 5, mg/ml, 1 but. 150 ml	1 but. 150 ml	05909991257804
646	Fluconazolum	Fluconazole Hasco, Fluconazolum, syrop, 5, mg/ml, 1 but. 150 ml	1 but. 150 ml	05909991273798
647	Fludrocortisonum	Cortineff, Fludrocortisonum, tabl., 100, µg, 20 szt.	20 szt.	05909990170319
648	Fludrocortisonum	Cortineff, Fludrocortisonum, tabl., 100, µg, 20 szt.	20 szt.	05904374007885
649	Fluoxetinum	Seronil, Fluoxetinum, tabl. powl., 10, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990374311
650	Fluoxetinum	Seronil, Fluoxetinum, tabl. powl., 10, mg, 100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	05909990374328
651	Fluoxetinum	Fluoxetin Polpharma, Fluoxetinum, kaps. twarde, 20, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990770311
652	Fluoxetinum	Fluoksetyna EGIS, Fluoxetinum, kaps. twarde, 20, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990776955
653	Fluoxetinum	Bioxetin, Fluoxetinum, tabl., 20, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990372317

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
654	Fluoxetinum	Andepin, Fluoxetinum, kaps. twarde, 20, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991065515
655	Fluoxetinum	Fluxemed, Fluoxetinum, kaps. twarde, 20, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990742509
656	Fluoxetinum	Fluoxetine Aurovitas, Fluoxetinum, kaps. twarde, 20, mg, 30 tabl.	30 tabl.	05909991317621
657	Fluticasoni propionas	Cutivate, Fluticasoni propionas, krem, 0.5, mg/g, 15 g	15 g	05909990365012
658	Fluticasoni propionas	Cutivate, Fluticasoni propionas, maść, 0.05, mg/g, 15 g	15 g	05909990365111
659	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 100, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, proszek do inhalacji, 100+50, µg/dawkę inhalacyjną, 1 poj.po 60 daw.	1 poj.po 60 daw.	05909990832422
660	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 250, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, proszek do inhalacji, 250+50, µg/dawkę inhalacyjną, 1 poj.po 60 daw.	1 poj.po 60 daw.	05909990832521
661	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 500, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, proszek do inhalacji, 500+50, µg/dawkę inhalacyjną, 1 poj.po 60 daw.	1 poj.po 60 daw.	05909990832620
662	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 50, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, aerozol wziewny, zawiesina, 50+25, µg/dawkę inhalacyjną, 120 daw. (1 poj.po 120 daw.)	120 daw. (1 poj.po 120 daw.)	05909990906918
663	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 125, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, aerozol wziewny, zawiesina, 125+25, µg/dawkę inhalacyjną, 120 daw. (1 poj.po 120 daw.)	120 daw. (1 poj.po 120 daw.)	05909990907014
664	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 250, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25, µg/dawkę inhalacyjną, 120 daw. (1 poj.po 120 daw.)	120 daw. (1 poj.po 120 daw.)	05909990907113
665	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, proszek do inhalacji, 100+50, (µg + µg)/dawkę inhalacyjną, 1 inhalator (60 dawek)	1 inhalator (60 dawek)	05909991034900
666	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, proszek do inhalacji, 250+50, (µg + µg)/dawkę inhalacyjną, 1 inhalator (60 dawek)	1 inhalator (60 dawek)	05909991034924
667	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, proszek do inhalacji, 500+50, (µg + µg)/dawkę inhalacyjną, 1 inhalator (60 dawek)	1 inhalator (60 dawek)	05909991034931
668	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, proszek do inhalacji, 250+50, µg, 1 inh.po 60 daw.	1 inh.po 60 daw.	05909991274931
669	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, proszek do inhalacji, 500+50, µg, 1 inh.po 60 daw.	1 inh.po 60 daw.	05909991274955
670	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Comboterol, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25, µg/dawkę inhalacyjną, 1 poj. 120 dawek	1 poj. 120 dawek	05906720534687
671	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Comboterol, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25, µg/dawkę inhalacyjną, 1 poj. 120 dawek	1 poj. 120 dawek	05906720534670
672	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Symflusal, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, proszek do inhalacji, 500+50, µg/dawkę inhalacyjną, 1 blister 60 dawek + inhalator Elpenhaler	1 blister 60 dawek + inhalator Elpenhaler	05909991079055
673	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Symflusal, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, proszek do inhalacji, 250+50, µg/dawkę inhalacyjną, 1 blister 60 dawek + inhalator Elpenhaler	1 blister 60 dawek + inhalator Elpenhaler	05909991078980
674	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salflumix Easyhaler, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, proszek do inhalacji, 250+50, µg/dawkę odmierzoną, 1 inh.po 60 daw.	1 inh.po 60 daw.	05909991383626
675	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salflumix Easyhaler, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, proszek do inhalacji, 500+50, µg/dawkę odmierzoną, 1 inh.po 60 daw.	1 inh.po 60 daw.	05909991383657
676	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, proszek do inhalacji, 100+50, (µg + µg)/dawkę inhalacyjną, 1 inhalator 60 dawek	1 inhalator 60 dawek	05909991034870
677	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, proszek do inhalacji, 250+50, (µg + µg)/dawkę inhalacyjną, 1 inhalator 60 dawek	1 inhalator 60 dawek	05909991034887
678	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, proszek do inhalacji, 500+50, (µg + µg)/dawkę inhalacyjną, 1 inhalator 60 dawek	1 inhalator 60 dawek	05909991034894
679	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25, µg/dawkę inhalacyjną, 1 inhalator 120 dawek	1 inhalator 120 dawek	05909991403959
680	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25, µg/dawkę odmierzoną, 1 inhalator 120 dawek	1 inhalator 120 dawek	05909991403966
681	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, aerozol wziewny, zawiesina, 50+25, µg/dawkę odmierzoną, 1 inhalator 120 dawek	1 inhalator 120 dawek	05909991403898
682	Fluticasonum	Flixotide Dysk, Fluticasonum, proszek do inhalacji, 50, µg/dawkę inhalacyjną, 60 daw.	60 daw.	05909990484522
683	Fluticasonum	Flixotide Dysk, Fluticasonum, proszek do inhalacji, 100, µg/dawkę inhalacyjną, 60 daw.	60 daw.	05909990484621
684	Fluticasonum	Flixotide Dysk, Fluticasonum, proszek do inhalacji, 250, µg/dawkę inhalacyjną, 60 daw.	60 daw.	05909990484720
685	Fluticasonum	Flixotide Dysk, Fluticasonum, proszek do inhalacji, 500, µg/dawkę inhalacyjną, 60 daw.	60 daw.	05909990484829
686	Fluticasonum	Flixotide, Fluticasonum, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50, µg, 120 daw.	120 daw.	05909990851317
687	Fluticasonum	Flixotide, Fluticasonum, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125, µg, 60 daw.	60 daw.	05909990851416

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
688	Fluticasonum	Flixotide, Fluticasonum, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125, µg, 120 daw.	120 daw.	05909990851423
689	Fluticasonum	Flixotide, Fluticasonum, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250, µg, 60 daw.	60 daw.	05909990851515
690	Fluticasonum	Flixotide, Fluticasonum, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250, µg, 120 daw.	120 daw.	05909990851522
691	Fluticasonum	Flutixon, Fluticasonum, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125, µg/dawkę inhalacyjną, 60 kaps.	60 kaps.	05909990785858
692	Fluticasonum	Flutixon, Fluticasonum, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250, µg/dawkę inhalacyjną, 60 kaps.	60 kaps.	05909990785889
693	Fluticasonum	Flutixon, Fluticasonum, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125, µg, 120 kaps.	120 kaps.	05909990938001
694	Fluticasonum	Flutixon, Fluticasonum, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250, µg, 120 kaps.	120 kaps.	05909990938025
695	Fluvoxamini maleas	Fevarin, Fluvoxamini maleas, tabl. powl., 50, mg, 60 szt.	60 szt.	05909991431167
696	Fluvoxamini maleas	Fevarin, Fluvoxamini maleas, tabl. powl., 100, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991431211
697	Fluvoxaminum	Fevarin, Fluvoxaminum, tabl. powl., 50, mg, 60 szt.	60 szt.	05909990347728
698	Fluvoxaminum	Fevarin, Fluvoxaminum, tabl. powl., 100, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990347827
699	Formoteroli fumaras	Foramed, Formoteroli fumaras, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12, µg/dawkę inhalacyjną, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) + inh.	60 szt. (6 blist.po 10 szt.) + inh.	05909991109523
700	Formoteroli fumaras	Zafiron, Formoteroli fumaras, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12, µg, 120 kaps.	120 kaps.	05909990937981
701	Formoteroli fumaras	Foradil, Formoteroli fumaras, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12, µg, 180 szt.	180 szt.	07613421020934
702	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil PPH, Formoteroli fumaras dihydricus, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12, µg, 60 kaps.	60 kaps.	05909990849000
703	Formoterolum	Oxis Turbuhaler, Formoterolum, proszek do inhalacji, 4.5, µg/dawkę, 1 inh.po 60 daw.	1 inh.po 60 daw.	05909990445219
704	Formoterolum	Oxis Turbuhaler, Formoterolum, proszek do inhalacji, 9, µg/dawkę, 1 inh.po 60 daw.	1 inh.po 60 daw.	05909990445318
705	Formoterolum	Forastmin, Formoterolum, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12, µg, 60 szt. (1 but.po 60 szt.)	60 szt. (1 but.po 60 szt.)	05909990614400
706	Formoterolum	Atimos, Formoterolum, aerozol inhalacyjny, roztwór, 12, µg/dawkę odmierzoną, 1 szt. (1 poj.po 120 daw.)	1 szt. (1 poj.po 120 daw.)	05909990620777
707	Formoterolum	Zafiron, Formoterolum, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12, µg, 60 kaps. (6 blist.po 10 kaps.)	60 kaps. (6 blist.po 10 kaps.)	05909990975914
708	Formoterolum	Foradil, Formoterolum, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12, µg, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990792924
709	Formoterolum	Formoterol Easyhaler, Formoterolum, proszek do inhalacji, 12, mcg, 1 poj. (120 daw.) (+ op.ochr.)	1 poj. (120 daw.) (+ op.ochr.)	05909990337446
710	Formoterolum	Oxodil PPH, Formoterolum, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12, µg, 120 szt.	120 szt.	05909990996681
711	Formoterolum	Forastmin, Formoterolum, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 12, µg, 120 szt (2 but.po 60 szt.)	120 szt (2 but.po 60 szt.)	05909991218287
712	Formoterolum	Forastmin, Formoterolum, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 12, µg, 180 szt (3 but.po 60 szt.)	180 szt (3 but.po 60 szt.)	05909991218294
713	Formoterolum	Foramed, Formoterolum, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12, µg/dawkę inhalacyjną, 120 szt.	120 szt.	05909991086602
714	Furaginum/Furazidinum	Furaginum Teva, Furaginum/Furazidinum, tabl., 50, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990988235
715	Furaginum/Furazidinum	Furaginum Adamed, Furaginum/Furazidinum, tabl., 50, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990357215
716	Furaginum/Furazidinum	Furaginum Teva, Furaginum/Furazidinum, tabletki, 100, mg, 30 tabl.	30 tabl.	05909991373238
717	Furaginum/Furazidinum	Furazek, Furaginum/Furazidinum, tabletki, 100, mg, 30 tabl.	30 tabl.	05909991304102
718	Furosemidum	Furosemidum Polpharma, Furosemidum, tabl., 40, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990135028
719	Furosemidum	Furosemidum Polfarmex, Furosemidum, tabl., 40, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990223794
720	Gabapentinum	Gabapentin Teva, Gabapentinum, tabl. powl., 600, mg, 100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	05909990338542
721	Gabapentinum	Gabapentin Teva, Gabapentinum, kaps. twarde, 100, mg, 100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	05909990339495
722	Gabapentinum	Gabapentin Teva, Gabapentinum, tabl. powl., 800, mg, 100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	05909990338658
723	Gabapentinum	Gabapentin Teva, Gabapentinum, kaps. twarde, 300, mg, 100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	05909990339709
724	Gabapentinum	Neuran 100, Gabapentinum, kaps. twarde, 100, mg, 1 but.po 100 szt.	1 but.po 100 szt.	05909990651535

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
725	Gabapentinum	Neuran 300, Gabapentinum, kaps. twarde, 300, mg, 1 but.po 100 szt.	1 but.po 100 szt.	05909990651566
726	Gabapentinum	Neuran 400, Gabapentinum, kaps. twarde, 400, mg, 1 but.po 100 szt.	1 but.po 100 szt.	05909990651603
727	Gabapentinum	Gabapentin Teva, Gabapentinum, kaps. twarde, 400, mg, 100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	05909990339600
728	Gabapentinum	Gabagamma 100, Gabapentinum, kaps. twarde, 100, mg, 100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	05909990714322
729	Gabapentinum	Symleptic, Gabapentinum, kaps. twarde, 100, mg, 100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	05909990685554
730	Gabapentinum	Symleptic, Gabapentinum, kaps. twarde, 300, mg, 100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	05909990685561
731	Gabapentinum	Neurontin 600, Gabapentinum, tabl. powl., 600, mg, 100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	05909991017422
732	Gabapentinum	Neurontin 800, Gabapentinum, tabl. powl., 800, mg, 100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	05909991017521
733	Gabapentinum	Neurontin 100, Gabapentinum, kaps. twarde, 100, mg, 100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	05909990769216
734	Gabapentinum	Neurontin 300, Gabapentinum, kaps. twarde, 300, mg, 100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	05909990769315
735	Gabapentinum	Neurontin 400, Gabapentinum, kaps. twarde, 400, mg, 100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	05909990769414
736	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, Gabapentinum, kaps. twarde, 100, mg , 100 szt.	100 szt.	05909991331108
737	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, Gabapentinum, kaps. twarde, 300, mg , 100 szt.	100 szt.	05909991331153
738	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, Gabapentinum, kaps. twarde, 400, mg , 100 szt.	100 szt.	05909991331207
739	Gabapentinum	Gabapentin Teva, Gabapentinum, kaps. twarde, 300, mg, 100 szt.	100 szt.	05909991425340
740	Gentamicinum	Gentamicin KRKA, Gentamicinum, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 40, mg/ml, 10 amp.po 1 ml	10 amp.po 1 ml	05909990095711
741	Gentamicinum	Gentamicin KRKA, Gentamicinum, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 40, mg/ml, 10 amp.po 2 ml	10 amp.po 2 ml	05909990095728
742	Gentamicinum	Gentamicin WZF 0,3%, Gentamicinum, krople do oczu, roztwór, 3, mg/ml, 1 but.po 5 ml	1 but.po 5 ml	05909990092413
743	Gliclazidum	Gliclada, Gliclazidum, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30, mg, 60 szt.	60 szt.	05909990647224
744	Gliclazidum	Gliclada, Gliclazidum, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30, mg, 90 szt.	90 szt.	05909990647231
745	Gliclazidum	Diabrezide, Gliclazidum, tabl., 80, mg, 40 szt. (2 blist.po 20 szt.)	40 szt. (2 blist.po 20 szt.)	05909990359912
746	Gliclazidum	Diaprel MR, Gliclazidum, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30, mg, 60 szt. (2 blist.po 30 szt.)	60 szt. (2 blist.po 30 szt.)	05909990443017
747	Gliclazidum	Diazidan, Gliclazidum, tabl., 80, mg, 60 szt. (3 blist.po 20 szt.)	60 szt. (3 blist.po 20 szt.)	05909990911127
748	Gliclazidum	Gliclada, Gliclazidum, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991056100
749	Gliclazidum	Gliclada, Gliclazidum, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60, mg, 60 szt.	60 szt.	05909991056131
750	Gliclazidum	Gliclastad, Gliclazidum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 30, mg, 60 tabl.	60 tabl.	05909991004002
751	Gliclazidum	Gliclastad, Gliclazidum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 30, mg, 90 tabl.	90 tabl.	05909991004026
752	Gliclazidum	Symazide MR 60, Gliclazidum, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60, mg, 30 tabl.	30 tabl.	05909991257392
753	Gliclazidum	Gliclada, Gliclazidum, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 90, mg, 30 tabl.	30 tabl.	05909991267230
754	Gliclazidum	Oziclide MR, Gliclazidum, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60, mg, 60 tabl.	60 tabl.	05909991226305
755	Gliclazidum	Oziclide MR, Gliclazidum, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60, mg, 30 tabl.	30 tabl.	05909991226299
756	Gliclazidum	Glikuron, Gliclazidum, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 60, mg, 60 szt.	60 szt.	05909991263171
757	Gliclazidum	Glikuron, Gliclazidum, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 60, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991256548
758	Gliclazidum	Clazicon, Gliclazidum, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30, mg, 60 szt.	60 szt.	05909991267155
759	Gliclazidum	Clazicon, Gliclazidum, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991267162
760	Gliclazidum	Diagen, Gliclazidum, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991216023
761	Gliclazidum	Salson, Gliclazidum, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60, mg, 60 szt.	60 szt.	05909991267193

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
762	Gliclazidum	Salson, Gliclazidum, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991267186
763	Gliclazidum	Symazide MR 60, Gliclazidum, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60, mg, 60 szt.	60 szt.	05909991257408
764	Gliclazidum	Symazide MR 30, Gliclazidum, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30, mg, 60 szt.	60 szt.	05909991291648
765	Glimepiridum	Glidiamid, Glimepiridum, tabl., 2, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990430543
766	Glimepiridum	Glidiamid, Glimepiridum, tabl., 4, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990430567
767	Glimepiridum	Amaryl 3, Glimepiridum, tabl., 3, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990745012
768	Glimepiridum	Amaryl 4, Glimepiridum, tabl., 4, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990745111
769	Glimepiridum	Amaryl 2, Glimepiridum, tabl., 2, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990744916
770	Glimepiridum	GlimeHexal 1, Glimepiridum, tabl., 1, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990337453
771	Glimepiridum	GlimeHexal 2, Glimepiridum, tabl., 2, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990337521
772	Glimepiridum	GlimeHexal 3, Glimepiridum, tabl., 3, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990338078
773	Glimepiridum	GlimeHexal 4, Glimepiridum, tabl., 4, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990338146
774	Glimepiridum	GlimeHexal 6, Glimepiridum, tabl., 6, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990338207
775	Glimepiridum	Amaryl 1, Glimepiridum, tabl., 1, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990744817
776	Glimepiridum	Symglic, Glimepiridum, tabl., 4, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990573196
777	Glimepiridum	Symglic, Glimepiridum, tabl., 1, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990570348
778	Glimepiridum	Symglic, Glimepiridum, tabl., 2, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990570355
779	Glimepiridum	Symglic, Glimepiridum, tabl., 3, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990570362
780	Glimepiridum	Symglic, Glimepiridum, tabl., 6, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990570379
781	Glimepiridum	Diaril, Glimepiridum, tabl., 1, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990566082
782	Glimepiridum	Diaril, Glimepiridum, tabl., 2, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990566105
783	Glimepiridum	Diaril, Glimepiridum, tabl., 3, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990566129
784	Glimepiridum	Diaril, Glimepiridum, tabl., 4, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990566143
785	Glimepiridum	Glitoprel, Glimepiridum, tabl., 1, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990085903
786	Glimepiridum	Glitoprel, Glimepiridum, tabl., 2, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990085927
787	Glimepiridum	Glitoprel, Glimepiridum, tabl., 3, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990085934
788	Glimepiridum	Glitoprel, Glimepiridum, tabl., 4, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990085941
789	Glimepiridum	Glibetic 3 mg, Glimepiridum, tabl., 3, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991097417
790	Glimepiridum	Glibetic 2 mg, Glimepiridum, tabl., 2, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991097516
791	Glimepiridum	Glibetic 1 mg, Glimepiridum, tabl., 1, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991097615
792	Glimepiridum	Glibetic 4 mg, Glimepiridum, tabl., 4, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991097318
793	Glimepiridum	Glimepiride Genoptim, Glimepiridum, tabl., 4, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991075996
794	Glimepiridum	Glimepiride Genoptim, Glimepiridum, tabl., 3, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991075798
795	Glimepiridum	Glimepiride Genoptim, Glimepiridum, tabl., 2, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991075590
796	Glimepiridum	Glimepiride Genoptim, Glimepiridum, tabl., 1, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991075378
797	Glimepiridum	Glimepiride Aurovitas, Glimepiridum, tabl., 2, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991365790
798	Glimepiridum	Glimepiride Aurovitas, Glimepiridum, tabl., 3, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991365868

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
799	Glimepiridum	Glimepiride Aurovitas, Glimepiridum, tabl., 4, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991365936
800	Glipizidum	Glipizide BP, Glipizidum, tabl., 5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990791712
801	Glucagonum	GlucaGen 1 mg HypoKit, Glucagonum, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1, mg, 1 fiol.	1 fiol.	05909990693313
802	Glyceroli trinitras	Sustonit, Glyceroli trinitras, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 6.5, mg, 30 tabl. (3 blist.po 10 szt.)	30 tabl. (3 blist.po 10 szt.)	05909990183036
803	Glycopyrronii bromidum	Seebri Breezhaler, Glycopyrronii bromidum, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 44, µg, 30x1 kapsułka (dawka pojedyncza) + 1 inhalator	30x1 kapsułka (dawka pojedyncza) + 1 inhalator	05909991000882
804	Hydrocortisoni butyras	Laticort 0,1%, Hydrocortisoni butyras, płyn na skórę, 1, mg/ml, 20 ml	20 ml	05909990229215
805	Hydrocortisonum	Hydrocortisonum AFP, Hydrocortisonum, krem, 10, mg/g, 1 tuba po 15 g	1 tuba po 15 g	05909990950317
806	Imidaprilum	Tanatril, Imidaprilum, tabl., 5, mg, 28 tabl. (2 blist.po 14 szt.)	28 tabl. (2 blist.po 14 szt.)	05909991069810
807	Imidaprilum	Tanatril, Imidaprilum, tabl., 10, mg, 28 tabl. (2 blist.po 14 szt.)	28 tabl. (2 blist.po 14 szt.)	05909991069919
808	Imidaprilum	Tanatril, Imidaprilum, tabl., 20, mg, 28 tabl. (2 blist.po 14 szt.)	28 tabl. (2 blist.po 14 szt.)	05909991070014
809	Indacaterolum + Glycopyrronii bromidum	Ultibro Breezhaler, Indacaterolum + Glycopyrronii bromidum, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 85+43, µg, 30 szt. + inhal.	30 szt. + inhal.	05909991080921
810	Indapamidum	Indapres, Indapamidum, tabl. powl., 2.5, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990223121
811	Indapamidum	Ipres long 1,5, Indapamidum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990012688
812	Indapamidum	Indapen SR, Indapamidum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5, mg, 30 tabl. (3 blist.po 10 szt.)	30 tabl. (3 blist.po 10 szt.)	05909990665907
813	Indapamidum	Rawel SR, Indapamidum, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990424801
814	Indapamidum	Rawel SR, Indapamidum, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5, mg, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990424849
815	Indapamidum	Indapen, Indapamidum, tabl. powl., 2.5, mg, 20 szt.	20 szt.	05909990863013
816	Indapamidum	Tertensif SR, Indapamidum, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5, mg, 30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990738212
817	Indapamidum	Symapamid SR, Indapamidum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990734993
818	Indapamidum	Opamid, Indapamidum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990770182
819	Indapamidum	Diuresin SR, Indapamidum, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990975815
820	Indapamidum	Indapamide SR, Indapamidum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990644933
821	Indapamidum	Ivipamid, Indapamidum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990834730
822	Indapamidum	Indix SR, Indapamidum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1.5, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991025014
823	Indapamidum	Indapamide KRKA, Indapamidum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990957125
824	Indapamidum	Indapamide SR Genoptim, Indapamidum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990799398
825	Indapamidum	Indix SR, Indapamidum, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 1.5, mg, 90 tabl.	90 tabl.	05908289660401
826	Indapamidum	Diuresin SR, Indapamidum, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5, mg, 60 szt.	60 szt.	05909991276621
827	Indapamidum + Amlodipinum	Tertens-AM, Indapamidum + Amlodipinum, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 1,5+5, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991092597
828	Indapamidum + Amlodipinum	Tertens-AM, Indapamidum + Amlodipinum, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 1,5+10, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991092566
829	Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum	Mixtard 30 Penfill, Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml	5 wkł.po 3 ml	05909990238323
830	Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum	Insuman Comb 25, Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum, zawiesina do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml	5 wkł.po 3 ml	05909990915613
831	Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum	Mixtard 40 Penfill, Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml	5 wkł.po 3 ml	05909990347124
832	Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum	Mixtard 50 Penfill, Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml	5 wkł.po 3 ml	05909990348121
833	Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum	Polhumin Mix - 2, Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum, zawiesina do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022921
834	Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum	Polhumin Mix - 3, Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum, zawiesina do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023027
835	Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum	Polhumin Mix - 4, Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum, zawiesina do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023126

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
836	Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum	Polhumin Mix - 5, Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum, zawiesina do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023324
837	Insulini injectio neutralis	Actrapid Penfill, Insulini injectio neutralis, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml	5 wkł.po 3 ml	05909990237920
838	Insulini injectio neutralis	Insuman Rapid, Insulini injectio neutralis, roztwór do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml	5 wkł.po 3 ml	05909990914715
839	Insulinum aspartum	NovoRapid Penfill, Insulinum aspartum, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100, j/ml, 5 wkł.po 3 ml	5 wkł.po 3 ml	05909990451814
840	Insulinum aspartum	NovoMix 30 Penfill, Insulinum aspartum, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100, j/ml, 5 wkł.po 3 ml	5 wkł.po 3 ml	05909990879915
841	Insulinum aspartum	NovoMix 50 Penfill, Insulinum aspartum, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100, j/ml, 5 wkł.po 3ml	5 wkł.po 3ml	05909990614981
842	Insulinum aspartum	Fiasp, Insulinum aspartum, roztwór do wstrz., 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml	5 wkł.po 3 ml	05909991306298
843	Insulinum aspartum	Fiasp, Insulinum aspartum, roztwór do wstrz., 100, j.m./ml, 1 fiol. a 10 ml	1 fiol. a 10 ml	05909991378059
844	Insulinum aspartum	NovoRapid, Insulinum aspartum, roztwór do wstrzykiwań, 100, j/ml, 1 fiol.po 10 ml	1 fiol.po 10 ml	05909991369668
845	Insulinum aspartum	Insulin aspart Sanofi, Insulinum aspartum, roztwór do wstrzykiwań, 100, j/ml, 10 wstrzykiwaczy 3 ml SoloStar	10 wstrzykiwaczy 3 ml SoloStar	05909991429171
846	Insulinum degludecum	Tresiba Penfill, Insulinum degludecum, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie , 100, j/ml, 5 wkł.po 3 ml (Penfill)	5 wkł.po 3 ml (Penfill)	05909991107833
847	Insulinum degludecum	Tresiba FlexTouch, Insulinum degludecum, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu , 200, j/ml, 3 wstrzykiwacze po 3 ml	3 wstrzykiwacze po 3 ml	05909991107864
848	Insulinum degludecum + Insulinum aspartum	Ryzodeg, Insulinum degludecum + Insulinum aspartum, roztwór do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml Penfill	5 wkł.po 3 ml Penfill	05909991371562
849	Insulinum detemirum	Levemir, Insulinum detemirum, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100, j/ml, 5 wkł.po 3 ml (Penfill)	5 wkł.po 3 ml (Penfill)	05909990005741
850	Insulinum glarginum	Lantus, Insulinum glarginum, roztwór do wstrzykiwań, 100, j/ml, 5 wkładów po 3 ml	5 wkładów po 3 ml	05909990895717
851	Insulinum glarginum	Lantus, Insulinum glarginum, roztwór do wstrzykiwań, 100, j/ml, 5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	05909990617555
852	Insulinum glarginum	Toujeo, Insulinum glarginum, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 300, j/ml, 10 wstrzykiwaczy SoloStar po 1,5 ml	10 wstrzykiwaczy SoloStar po 1,5 ml	05909991231538
853	Insulinum glarginum	Abasaglar, Insulinum glarginum, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100, j.m./ml, 10 wkł.po 3 ml	10 wkł.po 3 ml	05909991201982
854	Insulinum glulisinum	Apidra, Insulinum glulisinum, roztwór do wstrzykiwań, 100, j./ml, 5 wkł.po 3 ml	5 wkł.po 3 ml	05909990008575
855	Insulinum glulisinum	Apidra, Insulinum glulisinum, roztwór do wstrzykiwań, 100, j./ml, 1 fiol.po 10 ml	1 fiol.po 10 ml	05909990008483
856	Insulinum glulisinum	Apidra SoloStar, Insulinum glulisinum, roztwór do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wstrz.po 3 ml	5 wstrz.po 3 ml	05909990617197
857	Insulinum humanum	Insuman Basal SoloStar 100 j.m./ml zawiesina do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, Insulinum humanum, zawiesina do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	05909990672448
858	Insulinum humanum	Insuman Comb 25 SoloStar 100 j.m./ml zawiesina do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, Insulinum humanum, zawiesina do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	05909990672585
859	Insulinum humanum	Insuman Rapid SoloStar 100 j.m./ml roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, Insulinum humanum, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100, j.m./ml, 5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	05909990672363
860	Insulinum humanum	Humulin M3 (30/70), Insulinum humanum, zawiesina do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml	5 wkł.po 3 ml	05909990246014
861	Insulinum humanum	Humulin N, Insulinum humanum, zawiesina do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml	5 wkł.po 3 ml	05909990246717
862	Insulinum humanum	Humulin R, Insulinum humanum, roztwór do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml	5 wkł.po 3 ml	05909990247011
863	Insulinum humanum	Gensulin R, Insulinum humanum, roztwór do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 1 fiol.po 10 ml	1 fiol.po 10 ml	05909990852017
864	Insulinum humanum	Gensulin R, Insulinum humanum, roztwór do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml	5 wkł.po 3 ml	05909990852116
865	Insulinum humanum	Gensulin N, Insulinum humanum, zawiesina do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 1 fiol.po 10 ml	1 fiol.po 10 ml	05909990852314
866	Insulinum humanum	Gensulin N, Insulinum humanum, zawiesina do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml	5 wkł.po 3 ml	05909990852413
867	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), Insulinum humanum, zawiesina do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 1 fiol.po 10 ml	1 fiol.po 10 ml	05909990853014
868	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), Insulinum humanum, zawiesina do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml	5 wkł.po 3 ml	05909990853113
869	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), Insulinum humanum, zawiesina do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml	5 wkł.po 3 ml	05909990853311
870	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), Insulinum humanum, zawiesina do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml	5 wkł.po 3 ml	05909990853519

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
871	Insulinum humanum	Polhumin N, Insulinum humanum, zawiesina do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022525
872	Insulinum humanum	Polhumin R, Insulinum humanum, roztwór do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022822
873	Insulinum isophanum	Insuman Basal, Insulinum isophanum, zawiesina do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml	5 wkł.po 3 ml	05909990915019
874	Insulinum isophanum	Insulatard Penfill, Insulinum isophanum, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml	5 wkł.po 3 ml	05909990348923
875	Insulinum lisprum	Insulin Lispro Sanofi, Insulinum lisprum, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100, j./ml, 10 wstrz. 3 ml SoloStar	10 wstrz. 3 ml SoloStar	05909991333553
876	Insulinum lisprum	Liprolog, Insulinum lisprum, roztwór do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 10 wkł.po 3 ml	10 wkł.po 3 ml	05909990005536
877	Insulinum lisprum	Liprolog, Insulinum lisprum, roztwór do wstrz., 100, j.m./ml, 1 fiol. a 10 ml	1 fiol. a 10 ml	05909990005482
878	Insulinum lisprum	Liprolog KwikPen, Insulinum lisprum, roztwór do wstrz., 200, j.m./ml, 5 wstrzyk. po 3 ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05999885490165
879	Insulinum lisprum	Liprolog Junior KwikPen, Insulinum lisprum, roztwór do wstrz., 100, j.m./ml, 5 wstrzyk. po 3 ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05907677973123
880	Insulinum lisprum zinci protaminati injectio + Insulinum lisprum, injectio neutralis	Humalog Mix25, Insulinum lisprum zinci protaminati injectio + Insulinum lisprum, injectio neutralis, zawiesina do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml	5 wkł.po 3 ml	05909990455010
881	Insulinum lisprum zinci protaminati injectio + Insulinum lisprum, injectio neutralis	Humalog Mix50, Insulinum lisprum zinci protaminati injectio + Insulinum lisprum, injectio neutralis, zawiesina do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml	5 wkł.po 3 ml	05909990455614
882	Insulinum lisprum, injectio neutralis	Humalog, Insulinum lisprum, injectio neutralis, roztwór do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml	5 wkł.po 3 ml	05909990692422
883	Ipratropii bromidum	Atrovent, Ipratropii bromidum, płyn do inhalacji z nebulizatora, 250, µg/ml, 1 but.po 20 ml	1 but.po 20 ml	05909990322114
884	Ipratropii bromidum	Atrovent N, Ipratropii bromidum, aerozol wziewny, roztwór, 20, µg/dawkę inhalacyjną, 1 poj.po 10 ml (200 daw.)	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909990999019
885	Ipratropii bromidum	Atrodil, Ipratropii bromidum, aerozol inhalacyjny, roztwór, 20, µg, 1 poj.po 10 ml (200 daw.)	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909991185879
886	Irbesartanum	Irprestan, Irbesartanum, tabl. powl., 75, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990747054
887	Irbesartanum	Irprestan, Irbesartanum, tabl. powl., 150, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990747085
888	Irbesartanum	Irprestan, Irbesartanum, tabl. powl., 300, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990747122
889	Irbesartanum	Irbesartan Aurovitas, Irbesartanum, tabl., 150, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991334178
890	Irbesartanum	Irbesartan Aurovitas, Irbesartanum, tabl., 300, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991334208
891	Kalii chloridum	Kalipoz Prolongatum, Kalii chloridum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 391, mg, 60 szt. (3 blist.po 20 szt.)	60 szt. (3 blist.po 20 szt.)	05909990257539
892	Kalii citras + Kalii hydrocarbonas	Kalium Effervescens bezcukrowy, Kalii citras + Kalii hydrocarbonas, granulat musujący, 782, mg jonów potasu/3 g, 20 sasz.po 3 g	20 sasz.po 3 g	05909990269310
893	Lacidipinum	Lacipil, Lacidipinum, tabl. powl., 6, mg, 28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990625697
894	Lacidipinum	Lacipil, Lacidipinum, tabl. powl., 2, mg, 28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990650521
895	Lacidipinum	Lacipil, Lacidipinum, tabl. powl., 4, mg, 28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990650620
896	Lacidipinum	Lapixen, Lacidipinum, tabl. powl., 2, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991134907
897	Lacidipinum	Lapixen, Lacidipinum, tabl. powl., 4, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991134938
898	Lacidipinum	Lapixen, Lacidipinum, tabl. powl., 6, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991134969
899	Lacidipinum	Lapixen, Lacidipinum, tabl. powl., 2, mg, 56 szt.	56 szt.	05907695215205
900	Lacidipinum	Lapixen, Lacidipinum, tabl. powl., 4, mg, 56 szt.	56 szt.	05907695215212
901	Lacidipinum	Lapixen, Lacidipinum, tabl. powl., 6, mg, 56 szt.	56 szt.	05907695215229
902	Lacidipinum	Lacydyna, Lacidipinum, tabl. powl., 4, mg, 28 tabl.	28 tabl.	05909991105563
903	Lacidipinum	Lacydyna, Lacidipinum, tabl. powl., 6, mg, 28 tabl.	28 tabl.	05909991105549
904	Latanoprostum	Xalatan, Latanoprostum, krople do oczu, roztwór, 0.05, mg/ml (0,005%), 2,5 ml (but.)	2,5 ml (but.)	05909990411818
905	Latanoprostum	Xaloptic, Latanoprostum, krople do oczu, roztwór, 0.05, mg/ml, 2,5 ml (but.)	2,5 ml (but.)	05909990741311

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
906	Latanoprostum	Latalux, Latanoprostum, krople do oczu, roztwór, 0.05, mg/ml, 1 but.po 2,5 ml	1 but.po 2,5 ml	05909990813582
907	Latanoprostum	Rozaprost, Latanoprostum, krople do oczu, roztwór, 0.05, mg/1 ml, 1 but.po 2,5 ml	1 but.po 2,5 ml	05909990841448
908	Latanoprostum	Xaloptic, Latanoprostum, krople do oczu, roztwór, 0.05, mg/ml, 3 but.po 2,5 ml	3 but.po 2,5 ml	05903060601673
909	Latanoprostum	Monoprost, Latanoprostum, krople do oczu, roztwór, 50, µg/ml, 30 szt. (6 saszetek po 5 poj. jednodawkowych)	30 szt. (6 saszetek po 5 poj. jednodawkowych)	05909991019693
910	Latanoprostum	Akistan, Latanoprostum, krople do oczu, roztwór, 50, µg/ml, 1 but.po 2,5 ml	1 but.po 2,5 ml	05909990995479
911	Latanoprostum	Latanoprost Genoptim, Latanoprostum, krople do oczu, roztwór, 50, µg/ml, 1 but.po 2,5 ml	1 but.po 2,5 ml	05909990931873
912	Latanoprostum	Latanoprost STADA, Latanoprostum, krople do oczu, 50, µg/ml, 1 but.po 2,5 ml	1 but.po 2,5 ml	05909990853007
913	Latanoprostum	Rozaprost Mono, Latanoprostum, krople do oczu, roztwór, 50, µg/ml, 30 poj.	30 poj.	05909991102883
914	Latanoprostum	Monoprost, Latanoprostum, krople do oczu, roztwór w pojemniku jednodawkowym, 50, µg/ml, 90 szt.	90 szt.	05909991019709
915	Latanoprostum	Rozaprost, Latanoprostum, krople do oczu, roztwór, 0.05, mg/ml, 3 but.po 2,5 ml	3 but.po 2,5 ml	05900411001298
916	Latanoprostum	Rozaprost Mono, Latanoprostum, krople do oczu, roztwór, 50, µg/ml, 90 poj.	90 poj.	05909991102890
917	Latanoprostum	Xaloptic Free, Latanoprostum, krople do oczu, roztwór, 50, µg/ml, 30 szt.	30 szt.	05909991220365
918	Latanoprostum	Xaloptic Free, Latanoprostum, krople do oczu, roztwór, 50, µg/ml, 90 szt.	90 szt.	05909991220396
919	Latanoprostum	Akistan, Latanoprostum, krople do oczu, roztwór, 50, µg/ml, 3 but.po 2,5 ml	3 but.po 2,5 ml	05909991189792
920	Latanoprostum	Xalatan, Latanoprostum, krople do oczu, roztwór, 0.05, mg/ml, 3 but.a 2,5 ml	3 but.a 2,5 ml	05909990411825
921	Latanoprostum	Vizilatan, Latanoprostum, krople do oczu, roztwór, 50, µg/ml, 3 but.a 2,5 ml	3 but.a 2,5 ml	05903546007531
922	Latanoprostum	Vizilatan, Latanoprostum, krople do oczu, roztwór, 50, µg/ml, 1 but.a 2,5 ml	1 but.a 2,5 ml	05903546007524
923	Latanoprostum	Latadrop, Latanoprostum, krople do oczu, roztwór, 50, µg/ml, 1 but.a 2,5 ml	1 but.a 2,5 ml	05909990807079
924	Latanoprostum + Timololum	Xalacom, Latanoprostum + Timololum, krople do oczu, roztwór, 0,05+5, mg/ml, 2,5 ml (but.)	2,5 ml (but.)	05909991057213
925	Latanoprostum + Timololum	Xaloptic Combi, Latanoprostum + Timololum, krople do oczu, roztwór, 50+5, µg/ml + mg/ml, 1 but.po 2,5 ml	1 but.po 2,5 ml	05909990894543
926	Latanoprostum + Timololum	Tilaprox, Latanoprostum + Timololum, krople do oczu, 50+5, µg/ml + mg/ml, 2,5 ml	2,5 ml	05909990946587
927	Latanoprostum + Timololum	Latacom, Latanoprostum + Timololum, krople do oczu, roztwór, 50+5, µg/ml + mg/ml, 1 but.po 2,5 ml	1 but.po 2,5 ml	05909990879687
928	Latanoprostum + Timololum	Latacom, Latanoprostum + Timololum, krople do oczu, roztwór, 50+5, µg/ml + mg/ml, 3 but.po 2,5 ml	3 but.po 2,5 ml	05906414000948
929	Latanoprostum + Timololum	Xaloptic Combi, Latanoprostum + Timololum, krople do oczu, roztwór, 50+5, µg/ml + mg/ml, 3 but.po 2,5 ml	3 but.po 2,5 ml	05903060606630
930	Latanoprostum + Timololum	Latanoprost Timolol Genoptim, Latanoprostum + Timololum, krople do oczu, roztwór, 50+5, µg/ml + mg/ml, 1 but. po 2,5 ml	1 but. po 2,5 ml	05909991306649
931	Latanoprostum + Timololum	Xalacom, Latanoprostum + Timololum, krople do oczu, roztwór, 0,05+5, mg/ml, 3 but.a 2,5 ml	3 but.a 2,5 ml	05415062343609
932	Leflunomidum	Arava, Leflunomidum, tabl. powl., 10, mg, 30 tabl. (but.)	30 tabl. (but.)	05909990977826
933	Leflunomidum	Arava, Leflunomidum, tabl. powl., 20, mg, 30 tabl. (but.)	30 tabl. (but.)	05909990977925
934	Leflunomidum	Leflunomide medac, Leflunomidum, tabl. powl., 10, mg, 30 szt.	30 szt.	04037353010604
935	Leflunomidum	Leflunomide medac, Leflunomidum, tabl. powl., 20, mg, 30 szt.	30 szt.	04037353010628
936	Leflunomidum	Leflunomide Sandoz, Leflunomidum, tabl. powl., 20, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990858651
937	Leflunomidum	Leflunomide medac, Leflunomidum, tabl. powl., 15, mg, 30 szt.	30 szt.	04037353015388
938	Leflunomidum	Leflunomid Bluefish, Leflunomidum, tabletki powlekane, 20, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991309145
939	Leflunomidum	Leflunomid Bluefish, Leflunomidum, tabletki powlekane, 10, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991309138
940	Leflunomidum	Arava, Leflunomidum, tabletki powlekane, 20, mg, 30 szt.	30 szt.	05901878600482
941	Leflunomidum	Leflunomide Zentiva, Leflunomidum, tabl. powl., 10, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991416683
942	Leflunomidum	Leflunomide Zentiva, Leflunomidum, tabl. powl., 20, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991416720

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
943	Levodopum + Benserazidum	Madopar 62,5 mg, Levodopum + Benserazidum, kaps., 50+12,5, mg, 100 szt.	100 szt.	05909990094912
944	Levodopum + Benserazidum	Madopar 125 mg, Levodopum + Benserazidum, kaps., 100+25, mg, 100 szt.	100 szt.	05909990095018
945	Levodopum + Benserazidum	Madopar 250 mg, Levodopum + Benserazidum, tabl., 200+50, mg, 100 szt.	100 szt.	05909990095117
946	Levodopum + Benserazidum	Madopar, Levodopum + Benserazidum, kaps., 200+50, mg, 100 szt.	100 szt.	05909990095216
947	Levodopum + Benserazidum	Madopar HBS, Levodopum + Benserazidum, kaps., 100+25, mg, 100 szt.	100 szt.	05909990377510
948	Levodopum + Benserazidum	Madopar 62,5 mg, Levodopum + Benserazidum, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej, 50+12,5, mg, 100 szt.	100 szt.	05909990748624
949	Levodopum + Benserazidum	Madopar 125 mg, Levodopum + Benserazidum, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej, 100+25, mg, 100 szt.	100 szt.	05909990748723
950	Levodopum + Carbidopum	Nakom, Levodopum + Carbidopum, tabl., 250+25, mg, 100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	05909990175215
951	Levodopum + Carbidopum	Nakom Mite, Levodopum + Carbidopum, tabl., 100+25, mg, 100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	05909990175314
952	Levodopum + Carbidopum	Sinemet CR 200/50, Levodopum + Carbidopum, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200+50, mg, 100 szt.	100 szt.	05909990020416
953	Levothyroxinum natricum	Letrox 100, Levothyroxinum natricum, tabl., 100, µg, 50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	05909990168910
954	Levothyroxinum natricum	Letrox 50, Levothyroxinum natricum, tabl., 50, µg, 50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	05909990374014
955	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 88 µg, Levothyroxinum natricum, tabl., 88, µg, 50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	05909990718986
956	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 112 µg, Levothyroxinum natricum, tabl., 112, µg, 50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	05909990719006
957	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 137 µg, Levothyroxinum natricum, tabl., 137, µg, 50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	05909990719037
958	Levothyroxinum natricum	Letrox 150, Levothyroxinum natricum, tabl., 150, µg, 50 szt.	50 szt.	05909990820610
959	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 25, Levothyroxinum natricum, tabl., 25, µg, 50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	05909991051112
960	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 25, Levothyroxinum natricum, tabl., 25, µg, 100 szt. (4 blist.po 25 szt.)	100 szt. (4 blist.po 25 szt.)	05909991051129
961	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 50, Levothyroxinum natricum, tabl., 50, µg, 50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	05909991051211
962	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 50, Levothyroxinum natricum, tabl., 50, µg, 100 szt. (4 blist.po 25 szt.)	100 szt. (4 blist.po 25 szt.)	05909991051228
963	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 75, Levothyroxinum natricum, tabl., 75, µg, 50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	05909991051310
964	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 75, Levothyroxinum natricum, tabl., 75, µg, 100 szt. (4 blist.po 25 szt.)	100 szt. (4 blist.po 25 szt.)	05909991051327
965	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, Levothyroxinum natricum, tabl., 100, µg, 50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	05909991051419
966	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, Levothyroxinum natricum, tabl., 100, µg, 100 szt. (4 blist.po 25 szt.)	100 szt. (4 blist.po 25 szt.)	05909991051426
967	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, Levothyroxinum natricum, tabl., 125, µg, 50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	05909991051518
968	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, Levothyroxinum natricum, tabl., 125, µg, 100 szt. (4 blist.po 25 szt.)	100 szt. (4 blist.po 25 szt.)	05909991051525
969	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, Levothyroxinum natricum, tabl., 150, µg, 50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	05909991051617
970	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, Levothyroxinum natricum, tabl., 150, µg, 100 szt. (4 blist.po 25 szt.)	100 szt. (4 blist.po 25 szt.)	05909991051624
971	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 175, Levothyroxinum natricum, tabl., 175, µg, 50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	05909991051716
972	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 200, Levothyroxinum natricum, tabl., 200, µg, 50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	05909991051815
973	Levothyroxinum natricum	Letrox 75 mikrogramów, Levothyroxinum natricum, tabl., 75, µg, 50 szt.	50 szt.	05909991107260
974	Levothyroxinum natricum	Letrox 125 mikrogramów, Levothyroxinum natricum, tabl., 125, µg, 50 szt.	50 szt.	05909991107307
975	Lisinoprilum	Lisiprol, Lisinoprilum, tabl., 5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990682409
976	Lisinoprilum	Lisiprol, Lisinoprilum, tabl., 10, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990682447
977	Lisinoprilum	Lisiprol, Lisinoprilum, tabl., 20, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990682461
978	Lisinoprilum	Lisinoratio 5, Lisinoprilum, tabl., 5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990939718
979	Lisinoprilum	Lisinoratio 10, Lisinoprilum, tabl., 10, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990939817

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
980	Lisinoprilum	Lisinoratio 20, Lisinoprilum, tabl., 20, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990939916
981	Lisinoprilum	LisiHEXAL 5, Lisinoprilum, tabl., 5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991013318
982	Lisinoprilum	LisiHEXAL 10, Lisinoprilum, tabl., 10, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991013417
983	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, Lisinoprilum, tabl., 20, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991013516
984	Lisinoprilum	Ranopril, Lisinoprilum, tabl., 5, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991132927
985	Lisinoprilum	Ranopril, Lisinoprilum, tabl., 20, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991133023
986	Lisinoprilum	Ranopril, Lisinoprilum, tabl., 10, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991133122
987	Lisinoprilum	LisiHEXAL 10, Lisinoprilum, tabl., 10, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991235826
988	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, Lisinoprilum, tabl., 20, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991235819
989	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, Lisinoprilum, tabletki, 20, mg, 30 tabl.	30 tabl.	05909991266608
990	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, Lisinoprilum, tabletki, 20, mg, 30 tabl.	30 tabl.	05909991365691
991	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, Lisinoprilum, tabletki, 20, mg, 30 tabl.	30 tabl.	05909991357337
992	Lisinoprilum	Lisinoratio 20, Lisinoprilum, tabletki, 20, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991392697
993	Lisinoprilum + Amlodipinum	Dironorm, Lisinoprilum + Amlodipinum, tabl., 10+5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990701803
994	Lisinoprilum + Amlodipinum	Dironorm, Lisinoprilum + Amlodipinum, tabl., 20+10, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990761685
995	Lisinoprilum + Amlodipinum	Dironorm, Lisinoprilum + Amlodipinum, tabl., 20+5, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990970520
996	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 10+12,5, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990708352
997	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 20+12,5, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990708369
998	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 20+25, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991167714
999	Loperamidi hydrochloridum	Loperamid WZF, Loperamidi hydrochloridum, tabl., 2, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990038220
1000	Losartan potassium + Hydrochlorothiazid	Losacor HCT, Losartan potassium + Hydrochlorothiazid, tabl. powl., 50+12,5, mg, 28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990729685
1001	Losartanum	Lorista, Losartanum, tabl. powl., 100, mg, 28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990638659
1002	Losartanum	Losagen, Losartanum, tabl. powl., 50, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990639885
1003	Losartanum	Cozaar, Losartanum, tabl. powl., 50, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990674411
1004	Losartanum	Losartic, Losartanum, tabl. powl., 50, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990621439
1005	Losartanum	Xartan, Losartanum, tabl. powl., 50, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990481118
1006	Losartanum	Presartan, Losartanum, tabl. powl., 50, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990724345
1007	Losartanum	Lorista, Losartanum, tabl. powl., 50, mg, 28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990818914
1008	Losartanum	Lozap 50, Losartanum, tabl. powl., 50, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990573905
1009	Losartanum	Lakea, Losartanum, tabl. powl., 50, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991108212
1010	Losartanum	Losacor, Losartanum, tabl. powl., 50, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991055110
1011	Losartanum	Lorista, Losartanum, tabl. powl., 50, mg, 56 szt. (4 blist.po 14 szt.)	56 szt. (4 blist.po 14 szt.)	05909990649112
1012	Losartanum	Lorista, Losartanum, tabl. powl., 50, mg, 84 szt. (6 blist.po 14 szt.)	84 szt. (6 blist.po 14 szt.)	05909990649129
1013	Losartanum	Losartan KRKA, Losartanum, tabl. powl., 50, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990956654
1014	Losartanum	Losartan Genoptim, Losartanum, tabletki powlekane, 100, mg, 28 tabl.	28 tabl.	05909991297060
1015	Losartanum	Losartan Genoptim, Losartanum, tabletki powlekane, 50, mg, 28 tabl.	28 tabl.	05909991296940
1016	Losartanum + Amlodipinum	Alortia, Losartanum + Amlodipinum, tabl. powl., 50+5, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991105655

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1017	Losartanum + Amlodipinum	Alortia, Losartanum + Amlodipinum, tabl. powl., 50+5, mg, 60 szt.	60 szt.	05909991105679
1018	Losartanum + Amlodipinum	Alortia, Losartanum + Amlodipinum, tabl. powl., 50+5, mg, 90 szt.	90 szt.	05909991105693
1019	Losartanum + Amlodipinum	Alortia, Losartanum + Amlodipinum, tabl. powl., 50+10, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991105723
1020	Losartanum + Amlodipinum	Alortia, Losartanum + Amlodipinum, tabl. powl., 50+10, mg, 60 szt.	60 szt.	05909991105747
1021	Losartanum + Amlodipinum	Alortia, Losartanum + Amlodipinum, tabl. powl., 50+10, mg, 90 szt.	90 szt.	05909991105761
1022	Losartanum + Amlodipinum	Alortia, Losartanum + Amlodipinum, tabl. powl., 100+5, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991105785
1023	Losartanum + Amlodipinum	Alortia, Losartanum + Amlodipinum, tabl. powl., 100+10, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991105853
1024	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Lorista H, Losartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 50+12,5, mg, 28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990337392
1025	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Hyzaar, Losartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 50+12,5, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990433612
1026	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Lorista HD, Losartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 100+25, mg, 28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990645565
1027	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Presartan H, Losartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 50+12,5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990721641
1028	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Presartan H, Losartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 100+25, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990721894
1029	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Lorista H, Losartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 50+12,5, mg, 56 szt. (4 blist.po 14 szt.)	56 szt. (4 blist.po 14 szt.)	05909990686339
1030	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Lorista H, Losartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 50+12,5, mg, 84 szt. (6 blist.po 14 szt.)	84 szt. (6 blist.po 14 szt.)	05909990686360
1031	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Lozap HCT, Losartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 50+12,5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990611980
1032	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Loreblok HCT, Losartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 50+12,5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990778843
1033	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Losartan HCT Bluefish, Losartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 100+25, mg, 28 tabl.	28 tabl.	05909990810796
1034	Losartanum kalicum	Loreblok, Losartanum kalicum, tabl. powl., 50, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990770601
1035	Losartanum kalicum	Cozaar, Losartanum kalicum, tabl. powl., 100, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991073428
1036	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Hyzaar Forte, Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 100+25, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990970513
1037	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista HL, Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 100+12,5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990816484
1038	Lovastatinum	Liprox, Lovastatinum, tabl., 20, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990842315
1039	Lovastatinum	Lovasterol, Lovastatinum, tabl., 20, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990422159
1040	Mesalazinum	Salofalk 500, Mesalazinum, tabl. dojel., 500, mg, 50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990400119
1041	Mesalazinum	Salofalk 500, Mesalazinum, czopki, 500, mg, 30 szt. (6 blist.po 5 szt.)	30 szt. (6 blist.po 5 szt.)	05909990422227
1042	Mesalazinum	Pentasa, Mesalazinum, czopki, 1, g, 28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990656813
1043	Mesalazinum	Pentasa, Mesalazinum, czopki, 1, g, 14 szt. (2 blist.po 7 szt.)	14 szt. (2 blist.po 7 szt.)	05909990656820
1044	Mesalazinum	Pentasa, Mesalazinum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500, mg, 100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	05909990662111
1045	Mesalazinum	Asamax 250, Mesalazinum, czopki, 250, mg, 30 szt. (5 op. fol.po 6 szt.)	30 szt. (5 op. fol.po 6 szt.)	05909991083816
1046	Mesalazinum	Asamax 500, Mesalazinum, czopki, 500, mg, 30 szt. (5 op. fol.po 6 szt.)	30 szt. (5 op. fol.po 6 szt.)	05909991083915
1047	Mesalazinum	Asamax 250, Mesalazinum, tabl. dojel., 250, mg, 100 szt.	100 szt.	05909991084011
1048	Mesalazinum	Asamax 500, Mesalazinum, tabl. dojel., 500, mg, 100 szt.	100 szt.	05909991084110
1049	Mesalazinum	Crohnax, Mesalazinum, czopki, 250, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991074012
1050	Mesalazinum	Pentasa, Mesalazinum, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 1, g, 50 sasz.po 2 g granulatu	50 sasz.po 2 g granulatu	05909990855315
1051	Mesalazinum	Salofalk 1 g, Mesalazinum, czopki, 1, g, 30 szt.	30 szt.	05909990806430
1052	Mesalazinum	Pentasa, Mesalazinum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1, g, 60 szt.	60 szt.	05909990974375
1053	Mesalazinum	Crohnax, Mesalazinum, czopki, 1000, mg, 15 szt.	15 szt.	05907529110003

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1054	Mesalazinum	Crohnax, Mesalazinum, czopki, 500, mg, 30 szt.	30 szt.	05907529109809
1055	Mesalazinum	Crohnax, Mesalazinum, czopki, 1000, mg, 30 szt.	30 szt.	05907529110027
1056	Mesalazinum	Pentasa, Mesalazinum, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 2, g, 60 sasz.	60 sasz.	05909990974184
1057	Mesalazinum	Pentasa, Mesalazinum, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 4, g, 30 sasz.	30 sasz.	05909991273989
1058	Mesalazinum	Crohnax, Mesalazinum, czopki, 1000, mg, 14 szt.	14 szt.	05907529109908
1059	Mesalazinum	Crohnax, Mesalazinum, czopki, 1000, mg, 28 szt.	28 szt.	05907529110010
1060	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, Metformini hydrochloridum, tabl., 500, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990126316
1061	Metformini hydrochloridum	Formetic, Metformini hydrochloridum, tabl. powl., 500, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990078943
1062	Metformini hydrochloridum	Formetic, Metformini hydrochloridum, tabl. powl., 500, mg, 60 szt.	60 szt.	05909990078950
1063	Metformini hydrochloridum	Formetic, Metformini hydrochloridum, tabl. powl., 1000, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990078974
1064	Metformini hydrochloridum	Formetic, Metformini hydrochloridum, tabl. powl., 1000, mg, 60 szt.	60 szt.	05909990078981
1065	Metformini hydrochloridum	Formetic, Metformini hydrochloridum, tabl. powl., 850, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990079001
1066	Metformini hydrochloridum	Formetic, Metformini hydrochloridum, tabl. powl., 850, mg, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990079025
1067	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, Metformini hydrochloridum, tabl. powl., 1000, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990053056
1068	Metformini hydrochloridum	Metfogamma 1000, Metformini hydrochloridum, tabl. powl., 1000, mg, 30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990654598
1069	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, Metformini hydrochloridum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990652112
1070	Metformini hydrochloridum	Etform 500, Metformini hydrochloridum, tabl. powl., 500, mg, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990698141
1071	Metformini hydrochloridum	Etform 500, Metformini hydrochloridum, tabl. powl., 500, mg, 90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	05909990698172
1072	Metformini hydrochloridum	Etform 850, Metformini hydrochloridum, tabl. powl., 850, mg, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990698257
1073	Metformini hydrochloridum	Etform 850, Metformini hydrochloridum, tabl. powl., 850, mg, 90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	05909990698271
1074	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, Metformini hydrochloridum, tabl., 850, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990450718
1075	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, Metformini hydrochloridum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 750, mg, 60 szt. (4 blist.po 15 szt.)	60 szt. (4 blist.po 15 szt.)	05909990213436
1076	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, Metformini hydrochloridum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1000, mg, 60 szt.	60 szt.	05909990864461
1077	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, Metformini hydrochloridum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500, mg, 60 szt. (4 blist.po 15 szt.)	60 szt. (4 blist.po 15 szt.)	05909990624768
1078	Metformini hydrochloridum	Metfogamma 850, Metformini hydrochloridum, tabl. powl., 850, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991032913
1079	Metformini hydrochloridum	Glucophage 850 mg, Metformini hydrochloridum, tabl. powl., 850, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990789290
1080	Metformini hydrochloridum	Avamina, Metformini hydrochloridum, tabl. powl., 500, mg, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990765386
1081	Metformini hydrochloridum	Avamina, Metformini hydrochloridum, tabl. powl., 850, mg, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990765409
1082	Metformini hydrochloridum	Avamina, Metformini hydrochloridum, tabl. powl., 1000, mg, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990765430
1083	Metformini hydrochloridum	Formetic, Metformini hydrochloridum, tabl. powl., 500, mg, 90 szt.	90 szt.	05909990078967
1084	Metformini hydrochloridum	Formetic, Metformini hydrochloridum, tabl. powl., 850, mg, 90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	05909990079032
1085	Metformini hydrochloridum	Formetic, Metformini hydrochloridum, tabl. powl., 1000, mg, 90 szt.	90 szt.	05909990078998
1086	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, Metformini hydrochloridum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500, mg, 60 szt.	60 szt.	05909990933167
1087	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, Metformini hydrochloridum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500, mg, 90 szt.	90 szt.	05909990933174
1088	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, Metformini hydrochloridum, tabl. powl., 1000, mg, 120 szt.	120 szt.	05909991252069
1089	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, Metformini hydrochloridum, tabl., 850, mg, 90 szt.	90 szt.	05909990935277
1090	Metformini hydrochloridum	Etform, Metformini hydrochloridum, tabletki powlekane, 1000, mg, 60 tabl.	60 tabl.	05909991352400

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1091	Metformini hydrochloridum	Etform, Metformini hydrochloridum, tabletki powlekane, 1000, mg, 120 tabl.	120 tabl.	05909991352417
1092	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, Metformini hydrochloridum, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 500, mg, 30 tabl.	30 tabl.	05909991271695
1093	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, Metformini hydrochloridum, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 750, mg, 30 tabl.	30 tabl.	05909991271732
1094	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, Metformini hydrochloridum, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 500, mg, 60 tabl.	60 tabl.	05909991271701
1095	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, Metformini hydrochloridum, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 1000, mg, 30 tabl.	30 tabl.	05909991271756
1096	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, Metformini hydrochloridum, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 750, mg, 60 tabl.	60 tabl.	05909991271749
1097	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, Metformini hydrochloridum, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 1000, mg, 60 tabl.	60 tabl.	05909991271763
1098	Metformini hydrochloridum	Formetic, Metformini hydrochloridum, tabl. powl., 500, mg, 120 szt.	120 szt.	05903060614406
1099	Metformini hydrochloridum	Formetic, Metformini hydrochloridum, tabl. powl., 850, mg, 120 szt.	120 szt.	05903060614420
1100	Metformini hydrochloridum	Formetic, Metformini hydrochloridum, tabl. powl., 1000, mg, 120 szt.	120 szt.	05903060614444
1101	Metformini hydrochloridum	Avamina, Metformini hydrochloridum, tabl. powl., 1000, mg, 90 tabl.	90 tabl.	05903792661600
1102	Metformini hydrochloridum	Avamina, Metformini hydrochloridum, tabl. powl., 850, mg, 90 tabl.	90 tabl.	05903792661587
1103	Metformini hydrochloridum	Avamina, Metformini hydrochloridum, tabl. powl., 500, mg, 90 tabl.	90 tabl.	05903792661563
1104	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 750, Metformini hydrochloridum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991404895
1105	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 750, Metformini hydrochloridum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750, mg, 60 szt.	60 szt.	05909991404901
1106	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, Metformini hydrochloridum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500, mg, 60 szt.	60 szt.	05909991395254
1107	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, Metformini hydrochloridum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500, mg, 90 szt.	90 szt.	05909991395261
1108	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, Metformini hydrochloridum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750, mg, 60 szt.	60 szt.	05909991395292
1109	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, Metformini hydrochloridum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500, mg, 120 szt.	120 szt.	05909991395278
1110	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, Metformini hydrochloridum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991395322
1111	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, Metformini hydrochloridum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991395285
1112	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, Metformini hydrochloridum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000, mg, 60 szt.	60 szt.	05909991395339
1113	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, Metformini hydrochloridum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991395247
1114	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 1000, Metformini hydrochloridum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991404918
1115	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 1000, Metformini hydrochloridum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000, mg, 60 szt.	60 szt.	05909991404925
1116	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 1000 mg, Metformini hydrochloridum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000, mg, 120 szt.	120 szt.	05909991394585
1117	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 1000 mg, Metformini hydrochloridum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991394554
1118	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 750 mg, Metformini hydrochloridum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750, mg, 120 szt.	120 szt.	05909991394516
1119	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 750 mg, Metformini hydrochloridum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991394486
1120	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 500 mg, Metformini hydrochloridum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991394431
1121	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 500 mg, Metformini hydrochloridum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500, mg, 120 szt.	120 szt.	05909991394462
1122	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, Metformini hydrochloridum, tabl. powl., 1000, mg, 120 szt.	120 szt.	05909991425845
1123	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, Metformini hydrochloridum, tabl. powl., 1000, mg, 90 szt.	90 szt.	05909991425838
1124	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, Metformini hydrochloridum, tabl. powl., 1000, mg, 60 szt.	60 szt.	05909991425821
1125	Metforminum	Siofor 1000, Metforminum, tabl. powl., 1000, mg, 30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990220984
1126	Metforminum	Siofor 1000, Metforminum, tabl. powl., 1000, mg, 60 szt. (4 blist.po 15 szt.)	60 szt. (4 blist.po 15 szt.)	05909990220991
1127	Metforminum	Siofor 1000, Metforminum, tabl. powl., 1000, mg, 90 szt. (6 blist.po 15 szt.)	90 szt. (6 blist.po 15 szt.)	05909990221004

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1128	Metforminum	Siofor 1000, Metforminum, tabl. powl., 1000, mg, 120 szt. (8 blist.po 15 szt.)	120 szt. (8 blist.po 15 szt.)	05909990221028
1129	Metforminum	Glucophage XR, Metforminum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 750, mg, 30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990213429
1130	Metforminum	Metifor, Metforminum, tabl., 500, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990495115
1131	Metforminum	Glucophage XR, Metforminum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500, mg, 30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990624751
1132	Metforminum	Metformin Galena, Metforminum, tabl., 500, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990462018
1133	Metforminum	Siofor 500, Metforminum, tabl. powl., 500, mg, 30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990457212
1134	Metforminum	Siofor 500, Metforminum, tabl. powl., 500, mg, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990457229
1135	Metforminum	Siofor 850, Metforminum, tabl. powl., 850, mg, 30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990457311
1136	Metforminum	Metformin Bluefish, Metforminum, tabl. powl., 500, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990705474
1137	Metforminum	Metformin Bluefish, Metforminum, tabl. powl., 850, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990705726
1138	Metforminum	Metformin Bluefish, Metforminum, tabl. powl., 1000, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990705894
1139	Metforminum	Metformin Galena, Metforminum, tabl., 850, mg, 30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990928019
1140	Metforminum	Glucophage 1000 mg, Metforminum, tabl. powl., 1000, mg, 30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990717248
1141	Metforminum	Avamina, Metforminum, tabl. powl., 1000, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990765423
1142	Metforminum	Avamina, Metforminum, tabl. powl., 500, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990765379
1143	Metforminum	Avamina, Metforminum, tabl. powl., 850, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990765393
1144	Metforminum	Glucophage 500 mg, Metforminum, tabl. powl., 500, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990789276
1145	Metforminum	Glucophage, Metforminum, tabl. powl., 850, mg, 60 szt.	60 szt.	05909990789306
1146	Metforminum	Siofor 500, Metforminum, tabl. powl., 500, mg, 90 tabl.	90 tabl.	04013054024331
1147	Metforminum	Siofor 850, Metforminum, tabl. powl., 850, mg, 90 szt.	90 szt.	04013054024348
1148	Metforminum	Siofor 500, Metforminum, tabl. powl., 500, mg, 120 szt. (12 blist.po 10 szt.)	120 szt. (12 blist.po 10 szt.)	05909990457236
1149	Metforminum	Siofor 850, Metforminum, tabl. powl., 850, mg, 120 szt. (8 blist.po 15 szt.)	120 szt. (8 blist.po 15 szt.)	05909990457335
1150	Metforminum	Metformax 850, Metforminum, tabl., 850, mg, 60 szt.	60 szt.	05909990935260
1151	Metforminum	Metformax 500, Metforminum, tabl., 500, mg, 60 szt.	60 szt.	05909990935253
1152	Metforminum	Metformax 1000, Metforminum, tabl. powl., 1000, mg, 60 szt.	60 szt.	05909990933181
1153	Metforminum	Siofor 850, Metforminum, tabl. powl., 850, mg, 60 tabl.	60 tabl.	05909990457328
1154	Metforminum	Metformax 1000, Metforminum, tabl. powl., 1000, mg, 90 tabl.	90 tabl.	05909990933198
1155	Methotrexatum	Ebetrexat, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20, mg/ml, 1 amp.-strz.a 0,375 ml	1 amp.-strz.a 0,375 ml	05907626701852
1156	Methotrexatum	Metex, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50, mg/ml, 12 amp.-strz.po 0,15 ml	12 amp.-strz.po 0,15 ml	05909990791286
1157	Methotrexatum	Metex, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50, mg/ml, 12 amp.-strz.po 0,2 ml	12 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990791347
1158	Methotrexatum	Metex, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50, mg/ml, 12 amp.-strz.po 0,3 ml	12 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990791392
1159	Methotrexatum	Metex, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50, mg/ml, 12 amp.-strz.po 0,4 ml	12 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990791477
1160	Methotrexatum	Metex, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50, mg/ml, 12 amp.-strz.po 0,5 ml	12 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990791521
1161	Methotrexatum	Metex, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50, mg/ml, 12 amp.-strz.po 0,6 ml	12 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990928125
1162	Methotrexatum	Metex, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50, mg/ml, 12 amp.-strz.po 0,25 ml	12 amp.-strz.po 0,25 ml	05909990922741
1163	Methotrexatum	Metex, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50, mg/ml, 12 amp.-strz.po 0,35 ml	12 amp.-strz.po 0,35 ml	05909990922758
1164	Methotrexatum	Metex, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50, mg/ml, 12 amp.-strz.po 0,45 ml	12 amp.-strz.po 0,45 ml	05909990922765

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1165	Methotrexatum	Metex, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50, mg/ml, 12 amp.-strz.po 0,55 ml	12 amp.-strz.po 0,55 ml	05909990922772
1166	Methotrexatum	Ebetrexat, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20, mg/ml, 4 amp.-strz.po 0,375 ml	4 amp.-strz.po 0,375 ml	05907626701869
1167	Methotrexatum	Ebetrexat, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20, mg/ml, 4 amp.-strz.po 0,5 ml	4 amp.-strz.po 0,5 ml	05907626701920
1168	Methotrexatum	Ebetrexat, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20, mg/ml, 4 amp.-strz.po 0,75 ml	4 amp.-strz.po 0,75 ml	05907626702040
1169	Methotrexatum	Ebetrexat, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20, mg/ml, 4 amp.-strz.po 1 ml	4 amp.-strz.po 1 ml	05909990735242
1170	Methotrexatum	Ebetrexat, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20, mg/ml, 4 amp.-strz.po 1,25 ml	4 amp.-strz.po 1,25 ml	05909990735273
1171	Methotrexatum	Ebetrexat, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20, mg/ml, 4 amp.-strz.po 1,5 ml	4 amp.-strz.po 1,5 ml	05909990735303
1172	Methotrexatum	Methofill SD, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 30, mg, 8 wstrzykiwaczy	8 wstrzykiwaczy	05909991347048
1173	Methotrexatum	Methofill SD, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 25, mg, 8 wstrzykiwaczy	8 wstrzykiwaczy	05909991346980
1174	Methotrexatum	Methofill SD, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 20, mg, 8 wstrzykiwaczy	8 wstrzykiwaczy	05909991346928
1175	Methotrexatum	Methofill SD, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 17.5, mg, 8 wstrzykiwaczy	8 wstrzykiwaczy	05909991346898
1176	Methotrexatum	Methofill SD, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 15, mg, 8 wstrzykiwaczy	8 wstrzykiwaczy	05909991346867
1177	Methotrexatum	Methofill, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50, mg/ml, 1 amp.-strz.po 0,55 ml	1 amp.-strz.po 0,55 ml	05055565736319
1178	Methotrexatum	Namaxir, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 7.5, mg, 4 amp.-strz.	4 amp.-strz.	05909991252700
1179	Methotrexatum	Namaxir, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 10, mg, 4 amp.-strz.	4 amp.-strz.	05909991252724
1180	Methotrexatum	Namaxir, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 15, mg, 4 amp.-strz.	4 amp.-strz.	05909991252762
1181	Methotrexatum	Namaxir, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20, mg, 4 amp.-strz.	4 amp.-strz.	05909991252809
1182	Methotrexatum	Namaxir, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 25, mg, 4 amp.-strz.	4 amp.-strz.	05909991252847
1183	Methotrexatum	Namaxir, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 30, mg, 4 amp.-strz.	4 amp.-strz.	05909991252885
1184	Methotrexatum	Methofill, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50, mg/ml, 8 amp.-strz.po 0,3 ml	8 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730980
1185	Methotrexatum	Methofill, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50, mg/ml, 8 amp.-strz.po 0,5 ml	8 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731093
1186	Methotrexatum	Methofill, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50, mg/ml, 1 amp.-strz.po 0,35 ml	1 amp.-strz.po 0,35 ml	05055565731000
1187	Methotrexatum	Methofill, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50, mg/ml, 8 amp.-strz.po 0,15 ml	8 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730904
1188	Methotrexatum	Methofill, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50, mg/ml, 8 amp.-strz.po 0,2 ml	8 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730935
1189	Methotrexatum	Methofill, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50, mg/ml, 8 amp.-strz.po 0,4 ml	8 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731048
1190	Methotrexatum	Methofill, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50, mg/ml, 8 amp.-strz.po 0,6 ml	8 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731130
1191	Methotrexatum	Methofill, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50, mg/ml, 4 amp.-strz.po 0,15 ml	4 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730898
1192	Methotrexatum	Methofill, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50, mg/ml, 4 amp.-strz.po 0,2 ml	4 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730928
1193	Methotrexatum	Methofill, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50, mg/ml, 4 amp.-strz.po 0,3 ml	4 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730973
1194	Methotrexatum	Methofill, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50, mg/ml, 4 amp.-strz.po 0,4 ml	4 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731031
1195	Methotrexatum	Methofill, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50, mg/ml, 4 amp.-strz.po 0,5 ml	4 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731086
1196	Methotrexatum	Methofill, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50, mg/ml, 4 amp.-strz.po 0,6 ml	4 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731123
1197	Methotrexatum	Methofill, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50, mg/ml, 1 amp.-strz.po 0,15 ml	1 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730881
1198	Methotrexatum	Methofill, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50, mg/ml, 1 amp.-strz.po 0,2 ml	1 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730911
1199	Methotrexatum	Methofill, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50, mg/ml, 1 amp.-strz.po 0,25 ml	1 amp.-strz.po 0,25 ml	05055565730959
1200	Methotrexatum	Methofill, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50, mg/ml, 1 amp.-strz.po 0,3 ml	1 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730966
1201	Methotrexatum	Methofill, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50, mg/ml, 1 amp.-strz.po 0,4 ml	1 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731024

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1202	Methotrexatum	Methofill, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50, mg/ml, 1 amp.-strz.po 0,45 ml	1 amp.-strz.po 0,45 ml	05055565731062
1203	Methotrexatum	Methofill, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50, mg/ml, 1 amp.-strz.po 0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731079
1204	Methotrexatum	Methofill, Methotrexatum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50, mg/ml, 1 amp.-strz.po 0,6 ml	1 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731116
1205	Metoprololi tartras	Metocard, Metoprololi tartras, tabl., 50, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990034420
1206	Metoprololum	Metocard, Metoprololum, tabl., 100, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990034529
1207	Mianserini hydrochloridum	Miansec 30, Mianserini hydrochloridum, tabl. powl., 30, mg, 30 szt.	30 szt.	03830044949655
1208	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, Mianserini hydrochloridum, tabl. powl., 60, mg, 30 tabl.	30 tabl.	05909991379391
1209	Mianserinum	Lerivon, Mianserinum, tabl. powl., 10, mg, 30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990157716
1210	Mianserinum	Lerivon, Mianserinum, tabl. powl., 30, mg, 30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990157822
1211	Mianserinum	Miansegen, Mianserinum, tabl. powl., 30, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990764242
1212	Mianserinum	Miansec, Mianserinum, tabl. powl., 10, mg, 30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990796618
1213	Mianserinum	Miansec, Mianserinum, tabl. powl., 10, mg, 90 szt. (3 blist.po 30 szt.)	90 szt. (3 blist.po 30 szt.)	05909990796625
1214	Mianserinum	Miansegen, Mianserinum, tabl. powl., 10, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990883813
1215	Mianserinum	Miansegen, Mianserinum, tabl. powl., 10, mg, 90 szt.	90 szt.	05909990883820
1216	Mianserinum	Miansegen, Mianserinum, tabl. powl., 30, mg, 20 szt.	20 szt.	05909990883929
1217	Mianserinum	Deprexolet, Mianserinum, tabl. powl., 10, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991120948
1218	Mianserinum	Deprexolet, Mianserinum, tabl. powl., 30, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991121051
1219	Mianserinum	Miansec 30, Mianserinum, tabl. powl., 30, mg, 20 szt. (1 blist.po 20 szt.)	20 szt. (1 blist.po 20 szt.)	05909991124311
1220	Mianserinum	Miansegen, Mianserinum, tabl. powl., 60, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991064525
1221	Mianserinum	Deprexolet, Mianserinum, tabl. powl., 10, mg, 90 tabl.	90 tabl.	05909991120962
1222	Moclobemidum	Aurorix, Moclobemidum, tabl. powl., 150, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990094813
1223	Moclobemidum	Aurorix, Moclobemidum, tabl. powl., 300, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990419814
1224	Moclobemidum	Moklar, Moclobemidum, tabl. powl., 150, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990953714
1225	Moclobemidum	Mobemid, Moclobemidum, tabl. powl., 150, mg, 30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990966813
1226	Mometasoni furoas	Momecutan, Mometasoni furoas, maść, 1, mg/g, 50 g	50 g	05909991137441
1227	Mometasoni furoas	Momecutan Fettcreme, Mometasoni furoas, krem, 1, mg/g, 50 g	50 g	05909991097059
1228	Mometasoni furoas	Momecutan, Mometasoni furoas, maść, 1, mg/g, 100 g	100 g	05909991236199
1229	Mometasoni furoas	Elitasone, Mometasoni furoas, maść, 1, mg/g, 50 g	50 g	05906071039657
1230	Mometasoni furoas	Momecutan, Mometasoni furoas, roztwór na skórę, 1, mg/g, 100 ml	100 ml	05909991296384
1231	Mometasonum	Asmanex Twisthaler, Mometasonum, proszek do inhalacji, 400, µg/dawkę, 1 poj.po 60 daw.	1 poj.po 60 daw.	05909991106638
1232	Mometasonum	Momecutan, Mometasonum, roztwór na skórę, 1, mg/g, 50 ml	50 ml	05909991087982
1233	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, Nadroparinum calcicum, roztwór do wstrzykiwań, 9500, j.m. Axa/ml, 10 amp.-strz.po 1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990075829
1234	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, Nadroparinum calcicum, roztwór do wstrzykiwań, 2850, j.m. Axa/0,3 ml, 10 amp.-strz.po 0,3 ml	10 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990075621
1235	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, Nadroparinum calcicum, roztwór do wstrzykiwań, 5700, j.m. Axa/0,6 ml, 10 amp.-strz.po 0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990075720
1236	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, Nadroparinum calcicum, roztwór do wstrzykiwań, 3800, j.m. Axa/0,4 ml, 10 amp.-strz.po 0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990716821
1237	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, Nadroparinum calcicum, roztwór do wstrzykiwań, 7600, j.m. Axa/0,8 ml, 10 amp.-strz.po 0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990716920
1238	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, Nadroparinum calcicum, roztwór do wstrzykiwań, 11400, j.m. Axa/0,6 ml, 10 amp.-strz.po 0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990836932

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1239	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, Nadroparinum calcicum, roztwór do wstrzykiwań, 15200, j.m. AXa/0,8 ml, 10 amp.-strz.po 0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990837038
1240	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, Nadroparinum calcicum, roztwór do wstrzykiwań, 19000, j.m. Axa/ml, 10 amp.-strz.po 1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990837137
1241	Nebivololi hydrochloridum	Nebivolol Genoptim, Nebivololi hydrochloridum, tabl., 5, mg, 100 szt.	100 szt.	05909991369569
1242	Nebivololi hydrochloridum	Nebivolol Genoptim, Nebivololi hydrochloridum, tabl., 5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991369552
1243	Nebivololum	Nebilenin, Nebivololum, tabl., 5, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990689774
1244	Nebivololum	Nedal, Nebivololum, tabl., 5, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990642809
1245	Nebivololum	Nebispes, Nebivololum, tabl., 5, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990673865
1246	Nebivololum	Nebinad, Nebivololum, tabl., 5, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990648719
1247	Nebivololum	Nebicard, Nebivololum, tabl., 5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990685189
1248	Nebivololum	Ebivol, Nebivololum, tabl., 5, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990662425
1249	Nebivololum	NebivoLEK, Nebivololum, tabl., 5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990653300
1250	Nebivololum	Nebilet, Nebivololum, tabl., 5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990670185
1251	Nebivololum	Daneb, Nebivololum, tabl., 5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990750290
1252	Nebivololum	NebivoLEK, Nebivololum, tabl., 5, mg, 56 szt.	56 szt.	05907626703597
1253	Nebivololum	Ivineb, Nebivololum, tabl., 5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990805495
1254	Nebivololum	Nebicard, Nebivololum, tabl., 5, mg, 56 szt.	56 szt.	05909990685202
1255	Nebivololum	Nebivor, Nebivololum, tabl., 5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990640997
1256	Nebivololum	Nebivor, Nebivololum, tabl., 5, mg, 100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	05909990641000
1257	Nebivololum	Ebivol, Nebivololum, tabl., 5, mg, 60 szt.	60 szt.	05909990662456
1258	Nebivololum	Nebicard, Nebivololum, tabl., 10, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991390358
1259	Nebivololum	Nebicard, Nebivololum, tabl., 10, mg, 56 szt.	56 szt.	05909991390372
1260	Nebivololum	Nebivolol Aurovitas, Nebivololum, tabl., 5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991357047
1261	Nebivololum	Nebivolol Krka, Nebivololum, tabl., 5, mg, 30 szt.	30 szt.	03838989716172
1262	Olodaterolum + Tiotropium	Spiolto Respimat, Olodaterolum + Tiotropium, roztwór do inhalacji, 2,5+2,5, µg, 1 wkład 30 dawek + 1 inh.	1 wkład 30 dawek + 1 inh.	05909991257439
1263	Oxybutynini hydrochloridum	Ditropan, Oxybutynini hydrochloridum, tabl., 5, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991290887
1264	Oxybutyninum	Driptane, Oxybutyninum, tabl., 5, mg, 60 szt.	60 szt.	05909990783816
1265	Oxybutyninum	Ditropan, Oxybutyninum, tabl., 5, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990163519
1266	Oxybutyninum	Ditropan, Oxybutyninum, tabl., 5, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991239503
1267	Oxybutyninum	Ditropan, Oxybutyninum, tabl., 5, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991304140
1268	Oxycodoni hydrochloridum	Xancodal, Oxycodoni hydrochloridum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 60, mg, 100 szt.	100 szt.	05909991038724
1269	Oxycodoni hydrochloridum	Xancodal, Oxycodoni hydrochloridum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40, mg, 100 szt.	100 szt.	05909991038670
1270	Oxycodoni hydrochloridum	Xancodal, Oxycodoni hydrochloridum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80, mg, 100 szt.	100 szt.	05909991038762
1271	Oxycodonum	OxyContin, Oxycodonum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10, mg, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990643943
1272	Oxycodonum	OxyContin, Oxycodonum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20, mg, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990644001
1273	Oxycodonum	OxyContin, Oxycodonum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40, mg, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990644025
1274	Oxycodonum	OxyContin, Oxycodonum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80, mg, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990644049
1275	Oxycodonum	OxyContin, Oxycodonum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5, mg, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990643905

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1276	Oxycodonum	Oxydolor, Oxycodonum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5, mg, 60 szt.	60 szt.	05909990839469
1277	Oxycodonum	Oxydolor, Oxycodonum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10, mg, 60 szt.	60 szt.	05909990839643
1278	Oxycodonum	Oxydolor, Oxycodonum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20, mg, 60 szt.	60 szt.	05909990839780
1279	Oxycodonum	Oxydolor, Oxycodonum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40, mg, 60 szt.	60 szt.	05909990840038
1280	Oxycodonum	Oxydolor, Oxycodonum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80, mg, 60 szt.	60 szt.	05909990840182
1281	Oxycodonum	Reltebon, Oxycodonum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5, mg, 60 tabl.	60 tabl.	05909991184742
1282	Oxycodonum	Reltebon, Oxycodonum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10, mg, 60 tabl.	60 tabl.	05909991184827
1283	Oxycodonum	Reltebon, Oxycodonum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20, mg, 60 tabl.	60 tabl.	05909991184865
1284	Oxycodonum	Reltebon, Oxycodonum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40, mg, 60 tabl.	60 tabl.	05909991184902
1285	Oxycodonum	Reltebon, Oxycodonum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80, mg, 60 tabl.	60 tabl.	05909991184940
1286	Oxycodonum	Accordeon, Oxycodonum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5, mg, 100 szt.	100 szt.	05909990940233
1287	Oxycodonum	Accordeon, Oxycodonum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10, mg, 100 szt.	100 szt.	05909990940769
1288	Oxycodonum	Accordeon, Oxycodonum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20, mg, 100 szt.	100 szt.	05909990941247
1289	Oxycodonum	Accordeon, Oxycodonum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40, mg, 100 szt.	100 szt.	05909990941407
1290	Oxycodonum	Accordeon, Oxycodonum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80, mg, 100 szt.	100 szt.	05909990941568
1291	Oxycodonum	Accordeon, Oxycodonum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10, mg, 60 szt.	60 szt.	05909991250850
1292	Oxycodonum	Accordeon, Oxycodonum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20, mg, 60 szt.	60 szt.	05909991250874
1293	Paroxetinum	Arketis tabletki 20 mg, Paroxetinum, tabl., 20, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990047109
1294	Paroxetinum	Paxtin 20, Paroxetinum, tabl. powl., 20, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990010189
1295	Paroxetinum	Paxtin 40, Paroxetinum, tabl. powl., 40, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990010202
1296	Paroxetinum	Xetanor 20 mg, Paroxetinum, tabl. powl., 20, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990570515
1297	Paroxetinum	Parogen, Paroxetinum, tabl. powl., 20, mg, 30 szt. (1 poj.po 30 szt.)	30 szt. (1 poj.po 30 szt.)	05909990425877
1298	Paroxetinum	Parogen, Paroxetinum, tabl. powl., 20, mg, 60 szt. (1 poj.po 60 szt.)	60 szt. (1 poj.po 60 szt.)	05909990425884
1299	Paroxetinum	Rexetin, Paroxetinum, tabl. powl., 20, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991006310
1300	Paroxetinum	Paroxinor, Paroxetinum, tabl. powl., 20, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990798346
1301	Paroxetinum	Paroxetine Vitama, Paroxetinum, tabl. powl., 20, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990655724
1302	Paroxetinum	Paroxetine Aurovitas, Paroxetinum, tabl. powl., 20, mg, 30 tabl.	30 tabl.	05909991323615
1303	Paroxetinum	Paroxetine Aurovitas, Paroxetinum, tabl. powl., 20, mg, 60 tabl.	60 tabl.	05909991323646
1304	Perindoprili tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, Perindoprili tosilas + Amlodipinum, tabl., 5+5, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991137212
1305	Perindoprili tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, Perindoprili tosilas + Amlodipinum, tabl., 5+10, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991137472
1306	Perindoprili tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, Perindoprili tosilas + Amlodipinum, tabl., 10+5, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991137526
1307	Perindoprili tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, Perindoprili tosilas + Amlodipinum, tabl., 10+10, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991137571
1308	Perindoprili tosilas + Indapamidum	Indix Combi, Perindoprili tosilas + Indapamidum, tabl. powl., 10+2,5, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991316600
1309	Perindoprilum	Prestarium 10 mg, Perindoprilum, tabl. powl., 10, mg, 30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990336081
1310	Perindoprilum	Prestarium 5 mg, Perindoprilum, tabl. powl., 5, mg, 30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990337774
1311	Perindoprilum	Prenessa, Perindoprilum, tabl., 4, mg, 30 szt. (1 x 30 szt.)	30 szt. (1 x 30 szt.)	05909990569311
1312	Perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, Perindoprilum + Amlodipinum, tabl., 8+5, mg, 90 tabl.	90 tabl.	05909990908233

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1313	Perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, Perindoprilum + Amlodipinum, tabl., 8+10, mg, 90 tabl.	90 tabl.	05909990908264
1314	Perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, Perindoprilum + Amlodipinum, tabl., 4+5, mg, 90 tabl.	90 tabl.	05909990908158
1315	Perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, Perindoprilum + Amlodipinum, tabl., 4+10, mg, 90 tabl.	90 tabl.	05909990908189
1316	Perindoprilum + Indapamidum	Tertensif Kombi, Perindoprilum + Indapamidum, tabl. powl., 5+1,25, mg, 30 szt. (1 poj.po 30 szt.)	30 szt. (1 poj.po 30 szt.)	05909990055678
1317	Perindoprilum + Indapamidum	Noliprel Forte, Perindoprilum + Indapamidum, tabl. powl., 5+1,25, mg, 30 szt. (1 poj.po 30 szt.)	30 szt. (1 poj.po 30 szt.)	05909990055029
1318	Perindoprilum + Indapamidum	Noliprel Bi-Forte, Perindoprilum + Indapamidum, tabl. powl., 10+2,5, mg, 30 szt. (1 poj.po 30 szt.)	30 szt. (1 poj.po 30 szt.)	05909990707782
1319	Perindoprilum + Indapamidum	Tertensif Bi-Kombi, Perindoprilum + Indapamidum, tabl. powl., 10+2,5, mg, 30 szt. (1 poj.po 30 szt.)	30 szt. (1 poj.po 30 szt.)	05909990715206
1320	Perindoprilum + Indapamidum	Co-Prenessa, Perindoprilum + Indapamidum, tabl., 8+2,5, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990850167
1321	Perindoprilum + Indapamidum	Indix Combi, Perindoprilum + Indapamidum, tabl. powl., 5+1,25, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991050344
1322	Perindoprilum + Indapamidum	Indix Combi, Perindoprilum + Indapamidum, tabl. powl., 2,5+0,625, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991050290
1323	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Co-Prestarium, Perindoprilum argininum + Amlodipinum, tabl., 5+5, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990669301
1324	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Co-Prestarium, Perindoprilum argininum + Amlodipinum, tabl., 10+5, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990669332
1325	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Co-Prestarium, Perindoprilum argininum + Amlodipinum, tabl., 5+10, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990669387
1326	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Co-Prestarium, Perindoprilum argininum + Amlodipinum, tabl., 10+10, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990669400
1327	Phenobarbitalum	Luminalum Unia, Phenobarbitalum, tabl., 100, mg, 10 szt. (1 blist.po 10 szt.)	10 szt. (1 blist.po 10 szt.)	05909990812615
1328	Phenobarbitalum	Luminalum, Phenobarbitalum, tabl., 100, mg, 10 szt.	10 szt.	05909990260614
1329	Phenytoinum	Phenytoinum WZF, Phenytoinum, tabl., 100, mg, 60 szt. (4 blist.po 15 szt.)	60 szt. (4 blist.po 15 szt.)	05909990093519
1330	Pilocarpini hydrochloridum	Pilocarpinum WZF 2%, Pilocarpini hydrochloridum, krople do oczu, roztwór, 20, mg/ml, 10 ml (2x5 ml)	10 ml (2x5 ml)	05909990237524
1331	Piribedilum	Pronoran, Piribedilum, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 50, mg, 30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990846320
1332	Pramipexolum	Oprymea, Pramipexolum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,26+0,52+1,05, mg, 21 szt.	21 szt.	05909991238773
1333	Pramipexolum	Oprymea, Pramipexolum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1.05, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991238582
1334	Pramipexolum	Oprymea, Pramipexolum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1.57, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991238629
1335	Pramipexolum	Oprymea, Pramipexolum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2.1, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991238667
1336	Pregabalinum	Lyrica, Pregabalinum, kaps. twarde, 75, mg, 14 szt.	14 szt.	05909990009282
1337	Pregabalinum	Lyrica, Pregabalinum, kaps. twarde, 75, mg, 56 szt.	56 szt.	05909990009299
1338	Pregabalinum	Lyrica, Pregabalinum, kaps. twarde, 150, mg, 14 szt.	14 szt.	05909990009350
1339	Pregabalinum	Lyrica, Pregabalinum, kaps. twarde, 150, mg, 56 szt.	56 szt.	05909990009367
1340	Pregabalinum	Lyrica, Pregabalinum, kapsułki twarde, 75, mg, 56 kaps.	56 kaps.	05901878600543
1341	Pregabalinum	Lyrica, Pregabalinum, kapsułki twarde, 150, mg, 56 kaps.	56 kaps.	05901878600550
1342	Pregabalinum	Pregabalin Sandoz, Pregabalinum, kapsułki twarde, 150, mg, 70 kaps.	70 kaps.	05907626705072
1343	Pregabalinum	Pregabalin Sandoz, Pregabalinum, kapsułki twarde, 75, mg, 70 kaps.	70 kaps.	05907626704839
1344	Pregabalinum	Lyrica, Pregabalinum, kaps. twarde, 150, mg, 56 szt.	56 szt.	05903792743252
1345	Pregabalinum	Naxalgan, Pregabalinum, kaps. twarde, 300, mg, 60 szt.	60 szt.	05909991378356
1346	Pregabalinum	Naxalgan, Pregabalinum, kaps. twarde, 150, mg, 60 szt.	60 szt.	05909991378295
1347	Pregabalinum	Naxalgan, Pregabalinum, kaps. twarde, 75, mg, 60 szt.	60 szt.	05909991378226
1348	Pregabalinum	Preato, Pregabalinum, tabl., 75, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991421236
1349	Pregabalinum	Preato, Pregabalinum, tabl., 75, mg, 56 szt.	56 szt.	05909991400453

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1350	Pregabalinum	Preato, Pregabalinum, tabl., 100, mg, 56 szt.	56 szt.	05909991400460
1351	Pregabalinum	Preato, Pregabalinum, tabl., 150, mg, 56 szt.	56 szt.	05909991400477
1352	Pregabalinum	Preato, Pregabalinum, tabl., 200, mg, 56 szt.	56 szt.	05909991400484
1353	Propranololi hydrochloridum	Propranolol Accord, Propranololi hydrochloridum, tabl. powl., 40, mg, 50 szt.	50 szt.	05909991033590
1354	Propranololum	Propranolol WZF, Propranololum, tabl., 10, mg, 50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	05909990112111
1355	Propranololum	Propranolol WZF, Propranololum, tabl., 40, mg, 50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	05909990112210
1356	Propranololum	Propranolol Accord, Propranololum, tabletki powlekane, 10, mg, 50 tabl.	50 tabl.	05909991033507
1357	Pyridostigmini bromidum	Mestinon, Pyridostigmini bromidum, tabl. drażowane, 60, mg, 150 szt. (1 but.po 150 szt.)	150 szt. (1 but.po 150 szt.)	05909991014421
1358	Quinaprilum	Accupro 5, Quinaprilum, tabl. powl., 5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 tabl.)	30 szt. (3 blist.po 10 tabl.)	05909990706914
1359	Quinaprilum	Accupro 10, Quinaprilum, tabl. powl., 10, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 tabl.)	30 szt. (3 blist.po 10 tabl.)	05909990707010
1360	Quinaprilum	Accupro 20, Quinaprilum, tabl. powl., 20, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 tabl.)	30 szt. (3 blist.po 10 tabl.)	05909990707119
1361	Quinaprilum	Accupro 40, Quinaprilum, tabl. powl., 40, mg, 28 szt. (4 blist.po 7 tabl.)	28 szt. (4 blist.po 7 tabl.)	05909991080129
1362	Quinaprilum	Acurenal, Quinaprilum, tabl. powl., 5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991125417
1363	Quinaprilum	Acurenal, Quinaprilum, tabl. powl., 10, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991125516
1364	Quinaprilum	Acurenal, Quinaprilum, tabl. powl., 20, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991125615
1365	Quinaprilum	Acurenal, Quinaprilum, tabl. powl., 40, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990953882
1366	Quinaprilum	Pulsaren 20, Quinaprilum, tabl. powl., 20, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991165710
1367	Ramiprilum	Ramve 2,5 mg, Ramiprilum, kaps. twarde, 2.5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990047949
1368	Ramiprilum	Ramve 5 mg, Ramiprilum, kaps. twarde, 5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990047963
1369	Ramiprilum	Ramve 10 mg, Ramiprilum, kaps. twarde, 10, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990047987
1370	Ramiprilum	Ramistad 2,5, Ramiprilum, tabl., 2.5, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990017447
1371	Ramiprilum	Ramistad 10, Ramiprilum, tabl., 10, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990017461
1372	Ramiprilum	Ramistad 5, Ramiprilum, tabl., 5, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990017454
1373	Ramiprilum	Piramil 2,5 mg, Ramiprilum, tabl., 2.5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990212170
1374	Ramiprilum	Piramil 5 mg, Ramiprilum, tabl., 5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990212248
1375	Ramiprilum	Polpril, Ramiprilum, kaps. twarde, 5, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990694631
1376	Ramiprilum	Polpril, Ramiprilum, kaps. twarde, 10, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990694655
1377	Ramiprilum	Piramil 10 mg, Ramiprilum, tabl., 10, mg, 28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990661756
1378	Ramiprilum	Apo-Rami, Ramiprilum, tabl., 2.5, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990653355
1379	Ramiprilum	Apo-Rami, Ramiprilum, tabl., 5, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990653362
1380	Ramiprilum	Apo-Rami, Ramiprilum, tabl., 10, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990653379
1381	Ramiprilum	Axtil, Ramiprilum, tabl., 2.5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990337958
1382	Ramiprilum	Axtil, Ramiprilum, tabl., 5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990337972
1383	Ramiprilum	Axtil, Ramiprilum, tabl., 10, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990337989
1384	Ramiprilum	Vivace 2,5 mg, Ramiprilum, tabl., 2.5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990610440
1385	Ramiprilum	Vivace 5 mg, Ramiprilum, tabl., 5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990610495
1386	Ramiprilum	Vivace 10 mg, Ramiprilum, tabl., 10, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 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**
1387	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, Ramiprilum, tabl., 10, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990571468
1388	Ramiprilum	Ampril 5 mg tabletki, Ramiprilum, tabl., 5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990571499
1389	Ramiprilum	Tritace 10, Ramiprilum, tabl., 10, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990916016
1390	Ramiprilum	Tritace 2,5, Ramiprilum, tabl., 2.5, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990478217
1391	Ramiprilum	Tritace 5, Ramiprilum, tabl., 5, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990478316
1392	Ramiprilum	Ampril 5 mg tabletki, Ramiprilum, tabl., 5, mg, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990571505
1393	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, Ramiprilum, tabl., 10, mg, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990571475
1394	Ramiprilum	Ramipril Krka, Ramiprilum, tabl., 5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991070441
1395	Ramiprilum	Ramipril Krka, Ramiprilum, tabl., 10, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991070540
1396	Ramiprilum	Polpril, Ramiprilum, tabl., 2.5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990924608
1397	Ramiprilum	Polpril, Ramiprilum, tabl., 5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990924646
1398	Ramiprilum	Polpril, Ramiprilum, tabl., 10, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990924653
1399	Ramiprilum	Ivipril, Ramiprilum, tabl., 2.5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990961955
1400	Ramiprilum	Ivipril, Ramiprilum, tabl., 5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990961986
1401	Ramiprilum	Ivipril, Ramiprilum, tabl., 10, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990962020
1402	Ramiprilum	Ramicor, Ramiprilum, tabl. powl., 2.5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991093280
1403	Ramiprilum	Ramicor, Ramiprilum, tabl. powl., 5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991093303
1404	Ramiprilum	Ramicor, Ramiprilum, tabl. powl., 10, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991093334
1405	Ramiprilum	Vivace 5 mg, Ramiprilum, tabl., 5, mg, 90 szt.	90 szt.	05909991004385
1406	Ramiprilum	Vivace 10 mg, Ramiprilum, tabl., 10, mg, 90 szt.	90 szt.	05909991004392
1407	Ramiprilum	Vivace 2,5 mg, Ramiprilum, tabl., 2.5, mg, 90 szt.	90 szt.	05909991004378
1408	Ramiprilum	Piramil 10 mg, Ramiprilum, tabl., 10, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991344603
1409	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, Ramiprilum, tabl., 10, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991340766
1410	Ramiprilum	Tritace 10, Ramiprilum, tabletki, 10, mg, 28 tabl.	28 tabl.	05909991367084
1411	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, Ramiprilum, tabletki, 10, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991308971
1412	Ramiprilum	Piramil 5 mg, Ramiprilum, tabletki, 5, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991369903
1413	Ramiprilum	Piramil 10 mg, Ramiprilum, tabletki, 10, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991369910
1414	Ramiprilum	Ramipril Aurovitas, Ramiprilum, tabl., 5, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991325954
1415	Ramiprilum	Ramipril Aurovitas, Ramiprilum, tabl., 10, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991326012
1416	Ramiprilum	Ramipril Aurovitas, Ramiprilum, tabl., 2.5, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991325893
1417	Ramiprilum	Tritace 10, Ramiprilum, tabl., 10, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991401566
1418	Ramiprilum	Tritace 10, Ramiprilum, tabl., 10, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991411640
1419	Ramiprilum	Tritace 10, Ramiprilum, tabl., 10, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991402006
1420	Ramiprilum	Tritace 10, Ramiprilum, tabl., 10, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991414153
1421	Ramiprilum	Ramipril Genoptim, Ramiprilum, tabl., 5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991316464
1422	Ramiprilum	Ramipril Genoptim, Ramiprilum, tabl., 10, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991316655
1423	Ramiprilum	Vivace 10 mg, Ramiprilum, tabl., 10, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991427276

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1424	Ramiprilum	Vivace 5 mg, Ramiprilum, tabl., 5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991427252
1425	Ramiprilum	Tritace 10, Ramiprilum, tabl., 10, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991427153
1426	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, Ramiprilum + Amlodipinum, kaps. twarde, 5+10, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990936809
1427	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, Ramiprilum + Amlodipinum, kaps. twarde, 5+5, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990936779
1428	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, Ramiprilum + Amlodipinum, kaps. twarde, 10+5, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990936854
1429	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, Ramiprilum + Amlodipinum, kaps. twarde, 10+10, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990936885
1430	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, Ramiprilum + Amlodipinum, kaps., 5+5, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991142520
1431	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, Ramiprilum + Amlodipinum, kaps., 5+10, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991142681
1432	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, Ramiprilum + Amlodipinum, kaps., 10+5, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991142636
1433	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, Ramiprilum + Amlodipinum, kaps., 10+10, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991142759
1434	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, Ramiprilum + Amlodipinum, kaps. twarde, 5+5, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990988259
1435	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, Ramiprilum + Amlodipinum, kaps. twarde, 5+10, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990988273
1436	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, Ramiprilum + Amlodipinum, kaps. twarde, 10+5, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990988297
1437	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, Ramiprilum + Amlodipinum, kaps. twarde, 10+10, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990988334
1438	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, Ramiprilum + Amlodipinum, kaps. twarde, 5+5, mg, 60 szt.	60 szt.	05909991142513
1439	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, Ramiprilum + Amlodipinum, kaps. twarde, 5+10, mg, 60 szt.	60 szt.	05909991142674
1440	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, Ramiprilum + Amlodipinum, kaps. twarde, 10+5, mg, 60 szt.	60 szt.	05909991142643
1441	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, Ramiprilum + Amlodipinum, kaps. twarde, 10+10, mg, 60 szt.	60 szt.	05909991142728
1442	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, Ramiprilum + Amlodipinum, kaps. twarde, 5+5, mg, 30 szt.	30 szt.	05903060611429
1443	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, Ramiprilum + Amlodipinum, kaps. twarde, 10+10, mg, 30 szt.	30 szt.	05903060611542
1444	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, Ramiprilum + Amlodipinum, kaps. twarde, 10+5, mg, 30 szt.	30 szt.	05903060611504
1445	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, Ramiprilum + Amlodipinum, kaps. twarde, 5+10, mg, 30 szt.	30 szt.	05903060611467
1446	Ramiprilum + Felodipinum	Delmuno 2,5, Ramiprilum + Felodipinum, tabl. powl., 2,5+2,5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990973118
1447	Ramiprilum + Felodipinum	Delmuno 5, Ramiprilum + Felodipinum, tabl. powl., 5+5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990973217
1448	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Ampril HL, Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 2,5+12,5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990573226
1449	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Ampril HD, Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 5+25, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990573233
1450	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Tritace 2,5 Comb, Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 2,5+12,5, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990885312
1451	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Tritace 5 Comb, Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 5+25, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990885411
1452	Risedronatum natricum	Risendros 35, Risedronatum natricum, tabl. powl., 35, mg, 4 szt. (1 blist.po 4 szt.)	4 szt. (1 blist.po 4 szt.)	05909990082599
1453	Rivaroxabanum	Xarelto, Rivaroxabanum, tabl., 10, mg, 10 szt.	10 szt.	05909990658145
1454	Rivaroxabanum	Xarelto, Rivaroxabanum, tabl. powl., 15, mg, 14 szt.	14 szt.	05909990910601
1455	Rivaroxabanum	Xarelto, Rivaroxabanum, tabl. powl., 15, mg, 42 szt.	42 szt.	05909990910663
1456	Rivaroxabanum	Xarelto, Rivaroxabanum, tabl. powl., 20, mg, 14 szt.	14 szt.	05909990910700
1457	Rivastigminum	Exelon, Rivastigminum, system transdermalny, 4.6, mg/24h, 30 sasz.	30 sasz.	05909990066704
1458	Rivastigminum	Exelon, Rivastigminum, system transdermalny, 9.5, mg/24h, 30 sasz.	30 sasz.	05909990066766
1459	Rivastigminum	Nimvastid, Rivastigminum, kaps. twarde, 1.5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990700646
1460	Rivastigminum	Nimvastid, Rivastigminum, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1.5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990700660

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1461	Rivastigminum	Nimvastid, Rivastigminum, kaps. twarde, 3, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990700684
1462	Rivastigminum	Nimvastid, Rivastigminum, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 3, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990700691
1463	Rivastigminum	Nimvastid, Rivastigminum, kaps. twarde, 3, mg, 56 szt.	56 szt.	05909990700707
1464	Rivastigminum	Nimvastid, Rivastigminum, kaps. twarde, 4.5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990700738
1465	Rivastigminum	Nimvastid, Rivastigminum, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4.5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990700745
1466	Rivastigminum	Nimvastid, Rivastigminum, kaps. twarde, 4.5, mg, 56 szt.	56 szt.	05909990700752
1467	Rivastigminum	Nimvastid, Rivastigminum, kaps. twarde, 6, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990700790
1468	Rivastigminum	Nimvastid, Rivastigminum, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 6, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990700806
1469	Rivastigminum	Nimvastid, Rivastigminum, kaps. twarde, 6, mg, 56 szt.	56 szt.	05909990700844
1470	Rivastigminum	Evertas, Rivastigminum, system transdermalny, plaster, 9.5, mg/24h, 30 szt.	30 szt.	05909991078454
1471	Rivastigminum	Evertas, Rivastigminum, system transdermalny, plaster, 4.6, mg/24h, 30 szt.	30 szt.	05909991078386
1472	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, Rivastigminum, kaps. twarde, 3, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990778935
1473	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, Rivastigminum, kaps. twarde, 3, mg, 56 szt.	56 szt.	05909990778942
1474	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, Rivastigminum, kaps. twarde, 4.5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990778966
1475	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, Rivastigminum, kaps. twarde, 4.5, mg, 56 szt.	56 szt.	05909990778973
1476	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, Rivastigminum, kaps. twarde, 6, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990778997
1477	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, Rivastigminum, kaps. twarde, 6, mg, 56 szt.	56 szt.	05909990779000
1478	Rivastigminum	Rivastigmine Mylan, Rivastigminum, kaps. twarde, 1.5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990803156
1479	Rivastigminum	Rivastigmine Mylan, Rivastigminum, kaps. twarde, 3, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990803545
1480	Rivastigminum	Rivastigmine Mylan, Rivastigminum, kaps. twarde, 3, mg, 56 szt.	56 szt.	05909990803569
1481	Rivastigminum	Rivastigmine Mylan, Rivastigminum, kaps. twarde, 4.5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990803781
1482	Rivastigminum	Rivastigmine Mylan, Rivastigminum, kaps. twarde, 4.5, mg, 56 szt.	56 szt.	05909990803804
1483	Rivastigminum	Rivastigmine Mylan, Rivastigminum, kaps. twarde, 6, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990804085
1484	Rivastigminum	Rivastigmine Mylan, Rivastigminum, kaps. twarde, 6, mg, 56 szt.	56 szt.	05909990804108
1485	Rivastigminum	Ristidic, Rivastigminum, kaps. twarde, 1.5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990782048
1486	Rivastigminum	Ristidic, Rivastigminum, kaps. twarde, 1.5, mg, 56 szt.	56 szt.	05909990782055
1487	Rivastigminum	Ristidic, Rivastigminum, kaps. twarde, 3, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990782079
1488	Rivastigminum	Ristidic, Rivastigminum, kaps. twarde, 3, mg, 56 szt.	56 szt.	05909990782086
1489	Rivastigminum	Ristidic, Rivastigminum, kaps. twarde, 4.5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990782147
1490	Rivastigminum	Ristidic, Rivastigminum, kaps. twarde, 4.5, mg, 56 szt.	56 szt.	05909990782154
1491	Rivastigminum	Ristidic, Rivastigminum, kaps. twarde, 6, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990782178
1492	Rivastigminum	Ristidic, Rivastigminum, kaps. twarde, 6, mg, 56 szt.	56 szt.	05909990782185
1493	Rivastigminum	Rivaldo, Rivastigminum, kaps. twarde, 3, mg, 56 szt.	56 szt.	05909990816255
1494	Rivastigminum	Rivaldo, Rivastigminum, kaps. twarde, 4.5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990816262
1495	Rivastigminum	Rivaldo, Rivastigminum, kaps. twarde, 4.5, mg, 56 szt.	56 szt.	05909990816279
1496	Rivastigminum	Rivaldo, Rivastigminum, kaps. twarde, 6, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990816286
1497	Rivastigminum	Rivaldo, Rivastigminum, kaps. twarde, 6, mg, 56 szt.	56 szt.	05909990816293

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1498	Rivastigminum	Nimvastid, Rivastigminum, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 3, mg, 56 szt.	56 szt.	05909990700721
1499	Rivastigminum	Nimvastid, Rivastigminum, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4.5, mg, 56 szt.	56 szt.	05909990700769
1500	Rivastigminum	Nimvastid, Rivastigminum, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 6, mg, 56 szt.	56 szt.	05909990700851
1501	Rivastigminum	Exelon, Rivastigminum, system transdermalny, 13.3, mg/24h, 30 sasz.	30 sasz.	05909991032609
1502	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, Rivastigminum, kaps. twarde, 1.5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990982981
1503	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, Rivastigminum, kaps. twarde, 3, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990983162
1504	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, Rivastigminum, kaps. twarde, 3, mg, 56 szt.	56 szt.	05909990983179
1505	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, Rivastigminum, kaps. twarde, 4.5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990983308
1506	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, Rivastigminum, kaps. twarde, 4.5, mg, 56 szt.	56 szt.	05909990983322
1507	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, Rivastigminum, kaps. twarde, 6, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990983506
1508	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, Rivastigminum, kaps. twarde, 6, mg, 56 szt.	56 szt.	05909990983544
1509	Rivastigminum	Rywastygmina Apotex, Rivastigminum, system transdermalny, plaster, 9.5, mg/24h, 30 szt.	30 szt.	05909991067632
1510	Rivastigminum	Rywastygmina Apotex, Rivastigminum, system transdermalny, plaster, 4.6, mg/24 h, 30 szt.	30 szt.	05909991067595
1511	Rivastigminum	Rivastigmine Mylan, Rivastigminum, system transdermalny, plaster, 4.6, mg/24h, 30 szt.	30 szt.	05909991078294
1512	Rivastigminum	Rivastigmine Mylan, Rivastigminum, system transdermalny, plaster, 9.5, mg/24h, 30 szt.	30 szt.	05909991078348
1513	Ropinirolum	Requip, Ropinirolum, tabl. powl., 2, mg, 21 szt. (1 blist.po 21 szt.)	21 szt. (1 blist.po 21 szt.)	05909990013586
1514	Ropinirolum	Requip, Ropinirolum, tabl. powl., 0.5, mg, 21 szt. (1 blist.po 21 szt.)	21 szt. (1 blist.po 21 szt.)	05909990013685
1515	Ropinirolum	Requip, Ropinirolum, tabl. powl., 1, mg, 21 szt. (1 blist.po 21 szt.)	21 szt. (1 blist.po 21 szt.)	05909990013890
1516	Ropinirolum	Requip, Ropinirolum, tabl. powl., 5, mg, 21 szt. (1 blist.po 21 szt.)	21 szt. (1 blist.po 21 szt.)	05909990013968
1517	Ropinirolum	Requip-Modutab, Ropinirolum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990644612
1518	Ropinirolum	Requip-Modutab, Ropinirolum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990644636
1519	Ropinirolum	Requip-Modutab, Ropinirolum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990644728
1520	Ropinirolum	Aropilo, Ropinirolum, tabl. powl., 0.25, mg, 210 szt.	210 szt.	05909990731954
1521	Ropinirolum	Aropilo, Ropinirolum, tabl. powl., 0.5, mg, 21 szt.	21 szt.	05909990731985
1522	Ropinirolum	Aropilo, Ropinirolum, tabl. powl., 1, mg, 21 szt.	21 szt.	05909990732074
1523	Ropinirolum	Aropilo, Ropinirolum, tabl. powl., 2, mg, 21 szt.	21 szt.	05909990732227
1524	Ropinirolum	Aropilo, Ropinirolum, tabl. powl., 5, mg, 21 szt.	21 szt.	05909990732333
1525	Ropinirolum	Aparxon PR, Ropinirolum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990878000
1526	Ropinirolum	Aparxon PR, Ropinirolum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990877683
1527	Ropinirolum	Aparxon PR, Ropinirolum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990878086
1528	Ropinirolum	Rolpryna SR, Ropinirolum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990855766
1529	Ropinirolum	Rolpryna SR, Ropinirolum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990855780
1530	Ropinirolum	Rolpryna SR, Ropinirolum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990855773
1531	Ropinirolum	Ceurolex SR, Ropinirolum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991049294
1532	Ropinirolum	Ceurolex SR, Ropinirolum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991049355
1533	Ropinirolum	Ceurolex SR, Ropinirolum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991049393
1534	Ropinirolum	Polpix SR, Ropinirolum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990988242

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1535	Ropinirolum	Polpix SR, Ropinirolum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990988198
1536	Ropinirolum	Polpix SR, Ropinirolum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990988204
1537	Ropinirolum	Aropilo SR, Ropinirolum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990998586
1538	Ropinirolum	Aropilo SR, Ropinirolum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990998982
1539	Ropinirolum	Aropilo SR, Ropinirolum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990999156
1540	Ropinirolum	Ropodrin, Ropinirolum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2, mg, 28 tabl.	28 tabl.	05909990963874
1541	Ropinirolum	Ropodrin, Ropinirolum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4, mg, 28 tabl.	28 tabl.	05909990964239
1542	Ropinirolum	Ropodrin, Ropinirolum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8, mg, 28 tabl.	28 tabl.	05909990964321
1543	Ropinirolum	ApoRopin, Ropinirolum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990992607
1544	Ropinirolum	ApoRopin, Ropinirolum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990992775
1545	Ropinirolum	ApoRopin, Ropinirolum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990992683
1546	Ropinirolum	Rolpryna SR, Ropinirolum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2, mg, 84 szt.	84 szt.	05909991033781
1547	Ropinirolum	Rolpryna SR, Ropinirolum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4, mg, 84 szt.	84 szt.	05909991033798
1548	Ropinirolum	Rolpryna SR, Ropinirolum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8, mg, 84 szt.	84 szt.	05909991033804
1549	Ropinirolum	Nironovo SR, Ropinirolum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990990085
1550	Ropinirolum	Nironovo SR, Ropinirolum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990990092
1551	Ropinirolum	Nironovo SR, Ropinirolum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990990108
1552	Ropinirolum	Repirol SR, Ropinirolum, tabl. doustne o przedłużonym uwalnianiu, 8, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990983971
1553	Ropinirolum	Repirol SR, Ropinirolum, tabl. doustne o przedłużonym uwalnianiu, 2, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990983582
1554	Ropinirolum	Repirol SR, Ropinirolum, tabl. doustne o przedłużonym uwalnianiu, 4, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990983803
1555	Ropinirolum	Rolpryna SR, Ropinirolum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991391485
1556	Ropinirolum	Rolpryna SR, Ropinirolum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991391683
1557	Rosuvastatinum	Roswera, Rosuvastatinum, tabl., 20, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990895533
1558	Rosuvastatinum	Roswera, Rosuvastatinum, tabl., 30, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990895663
1559	Rosuvastatinum	Roswera, Rosuvastatinum, tabl., 40, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990895786
1560	Rosuvastatinum	Roswera, Rosuvastatinum, tabl., 5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990895106
1561	Rosuvastatinum	Roswera, Rosuvastatinum, tabl., 10, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990895250
1562	Rosuvastatinum	Roswera, Rosuvastatinum, tabl., 15, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990895380
1563	Rosuvastatinum	Suvardio, Rosuvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990791873
1564	Rosuvastatinum	Suvardio, Rosuvastatinum, tabl. powl., 10, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990791743
1565	Rosuvastatinum	Ridlip, Rosuvastatinum, tabl. powl., 5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991000103
1566	Rosuvastatinum	Ridlip, Rosuvastatinum, tabl. powl., 10, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991000141
1567	Rosuvastatinum	Ridlip, Rosuvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991000158
1568	Rosuvastatinum	Ridlip, Rosuvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991000165
1569	Rosuvastatinum	Roswera, Rosuvastatinum, tabl. powl., 15, mg, 56 szt.	56 szt.	05909990895403
1570	Rosuvastatinum	Roswera, Rosuvastatinum, tabl. powl., 30, mg, 56 szt.	56 szt.	05909990895687
1571	Rosuvastatinum	Zaranta, Rosuvastatinum, tabl. powl., 10, mg, 28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990777785

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1572	Rosuvastatinum	Zaranta, Rosuvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990777839
1573	Rosuvastatinum	Zahron, Rosuvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990802685
1574	Rosuvastatinum	Zahron, Rosuvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990802753
1575	Rosuvastatinum	Rosutrox, Rosuvastatinum, tabl. powl., 10, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991085674
1576	Rosuvastatinum	Rosutrox, Rosuvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991085759
1577	Rosuvastatinum	Rosutrox, Rosuvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991085841
1578	Rosuvastatinum	Romazic, Rosuvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990919659
1579	Rosuvastatinum	Rosutrox, Rosuvastatinum, tabl. powl., 5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991085599
1580	Rosuvastatinum	Rosutrox, Rosuvastatinum, tabl. powl., 5, mg, 56 szt.	56 szt.	05909991085636
1581	Rosuvastatinum	Rosutrox, Rosuvastatinum, tabl. powl., 10, mg, 56 szt.	56 szt.	05909991085698
1582	Rosuvastatinum	Rosutrox, Rosuvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 56 szt.	56 szt.	05909991085773
1583	Rosuvastatinum	Rosutrox, Rosuvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 56 szt.	56 szt.	05909991085865
1584	Rosuvastatinum	Romazic, Rosuvastatinum, tabl. powl., 10, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990919604
1585	Rosuvastatinum	Romazic, Rosuvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990919673
1586	Rosuvastatinum	Romazic, Rosuvastatinum, tabl. powl., 5, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990919574
1587	Rosuvastatinum	Suvardio, Rosuvastatinum, tabletki powlekane, 5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990791606
1588	Rosuvastatinum	Zaranta, Rosuvastatinum, tabletki powlekane, 15, mg, 90 tabl.	90 tabl.	05909991347079
1589	Rosuvastatinum	Zaranta, Rosuvastatinum, tabletki powlekane, 30, mg, 90 tabl.	90 tabl.	05909991347109
1590	Rosuvastatinum	Zaranta, Rosuvastatinum, tabletki powlekane, 15, mg, 56 tabl.	56 tabl.	05997001369333
1591	Rosuvastatinum	Zaranta, Rosuvastatinum, tabletki powlekane, 30, mg, 56 tabl.	56 tabl.	05997001369340
1592	Rosuvastatinum	Suvardio, Rosuvastatinum, tabletki powlekane, 40, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990792009
1593	Rosuvastatinum	Zahron, Rosuvastatinum, tabl. powl., 15, mg, 56 szt.	56 szt.	05909991333973
1594	Rosuvastatinum	Zahron, Rosuvastatinum, tabl. powl., 15, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991333959
1595	Rosuvastatinum	Zahron, Rosuvastatinum, tabl. powl., 30, mg, 56 szt.	56 szt.	05909991334086
1596	Rosuvastatinum	Zahron, Rosuvastatinum, tabl. powl., 30, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991334062
1597	Rosuvastatinum	Roswera, Rosuvastatinum, tabletki powlekane, 10, mg, 90 tabl.	90 tabl.	05909990895304
1598	Rosuvastatinum	Roswera, Rosuvastatinum, tabletki powlekane, 5, mg, 90 tabl.	90 tabl.	05909990895182
1599	Rosuvastatinum	Roswera, Rosuvastatinum, tabletki powlekane, 40, mg, 90 tabl.	90 tabl.	05909990895892
1600	Rosuvastatinum	Roswera, Rosuvastatinum, tabletki powlekane, 30, mg, 90 tabl.	90 tabl.	05909990895724
1601	Rosuvastatinum	Roswera, Rosuvastatinum, tabletki powlekane, 15, mg, 90 tabl.	90 tabl.	05909990895458
1602	Rosuvastatinum	Roswera, Rosuvastatinum, tabletki powlekane, 20, mg, 90 tabl.	90 tabl.	05909990895588
1603	Rosuvastatinum	Zahron, Rosuvastatinum, tabl. powl., 5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990802562
1604	Rosuvastatinum	Zahron, Rosuvastatinum, tabl. powl., 5, mg, 56 szt.	56 szt.	05909990802586
1605	Rosuvastatinum	Zahron, Rosuvastatinum, tabl. powl., 10, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990802623
1606	Rosuvastatinum	Zahron, Rosuvastatinum, tabl. powl., 10, mg, 56 szt.	56 szt.	05909990802647
1607	Rosuvastatinum	Zahron, Rosuvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 56 szt.	56 szt.	05909990802708
1608	Rosuvastatinum	Zahron, Rosuvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 56 szt.	56 szt.	05909990802777

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1609	Rosuvastatinum	Crosuvo, Rosuvastatinum, tabl. powl., 10, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991021184
1610	Rosuvastatinum	Crosuvo, Rosuvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991021375
1611	Rosuvastatinum	Crosuvo, Rosuvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991021337
1612	Rosuvastatinum	Suvardio, Rosuvastatinum, tabletki powlekane, 40, mg, 84 tabl.	84 tabl.	05909990792061
1613	Rosuvastatinum	Suvardio, Rosuvastatinum, tabletki powlekane, 10, mg, 84 tabl.	84 tabl.	05909990791781
1614	Rosuvastatinum	Suvardio, Rosuvastatinum, tabletki powlekane, 20, mg, 84 tabl.	84 tabl.	05909990791927
1615	Rosuvastatinum	Zaranta, Rosuvastatinum, tabletki powlekane, 40, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990777853
1616	Rosuvastatinum	Ridlip, Rosuvastatinum, tabletki powlekane, 20, mg, 90 tabl.	90 tabl.	05909991375812
1617	Rosuvastatinum	Ridlip, Rosuvastatinum, tabletki powlekane, 10, mg, 90 tabl.	90 tabl.	05909991375799
1618	Rosuvastatinum	Ridlip, Rosuvastatinum, tabletki powlekane, 5, mg, 90 tabl.	90 tabl.	05909991375775
1619	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, Rosuvastatinum + Ezetimibum, tabletki, 5 + 10, mg, 28 szt.	28 szt.	05906414003321
1620	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, Rosuvastatinum + Ezetimibum, tabletki, 5 + 10, mg, 56 szt.	56 szt.	05906414003338
1621	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, Rosuvastatinum + Ezetimibum, tabletki, 10 + 10, mg, 28 szt.	28 szt.	05906414003352
1622	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, Rosuvastatinum + Ezetimibum, tabletki, 10 + 10, mg, 56 szt.	56 szt.	05906414003369
1623	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, Rosuvastatinum + Ezetimibum, tabletki, 20 + 10, mg, 28 szt.	28 szt.	05906414003383
1624	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, Rosuvastatinum + Ezetimibum, tabletki, 20 + 10, mg, 56 szt.	56 szt.	05906414003390
1625	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, Rosuvastatinum + Ezetimibum, tabl. powl., 10 + 10, mg, 30 szt.	30 szt.	03838989707057
1626	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, Rosuvastatinum + Ezetimibum, tabl. powl., 20 + 10, mg, 30 szt.	30 szt.	03838989707064
1627	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, Rosuvastatinum + Ezetimibum, tabl., 5 + 10, mg, 30 szt.	30 szt.	05907626708486
1628	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, Rosuvastatinum + Ezetimibum, tabl., 5 + 10, mg, 60 szt.	60 szt.	05907626709308
1629	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, Rosuvastatinum + Ezetimibum, tabl., 10 + 10, mg, 30 szt.	30 szt.	05907626708493
1630	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, Rosuvastatinum + Ezetimibum, tabl., 10 + 10, mg, 60 szt.	60 szt.	05907626709315
1631	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, Rosuvastatinum + Ezetimibum, tabl., 20 + 10, mg, 30 szt.	30 szt.	05907626708509
1632	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, Rosuvastatinum + Ezetimibum, tabl., 20 + 10, mg, 60 szt.	60 szt.	05907626709322
1633	Salbutamolum	Ventolin, Salbutamolum, aerozol wziewny, zawiesina, 100, µg/dawkę inhalacyjną, 1 poj.po 200 daw.	1 poj.po 200 daw.	05909990442010
1634	Salbutamolum	Ventolin, Salbutamolum, płyn do inhalacji z nebulizatora, 1, mg/ml, 20 amp.po 2,5 ml	20 amp.po 2,5 ml	05909990454013
1635	Salbutamolum	Ventolin, Salbutamolum, płyn do inhalacji z nebulizatora, 2, mg/ml, 20 amp.po 2,5 ml	20 amp.po 2,5 ml	05909990454112
1636	Salbutamolum	Sabumalin, Salbutamolum, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 100, µg/dawkę, 1 poj.po 8,5 g (200 daw.)	1 poj.po 8,5 g (200 daw.)	05909990764150
1637	Salbutamolum	Buventol Easyhaler, Salbutamolum, proszek do inhalacji, 100, µg/dawkę, 200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochronny)	200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochronny)	05909991106928
1638	Salbutamolum	Buventol Easyhaler, Salbutamolum, proszek do inhalacji, 200, µg/dawkę, 200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochronny)	200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochronny)	05909991107826
1639	Salbutamolum	Aspulmo, Salbutamolum, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 100, µg/dawkę, 1 poj.a 200 dawek (10 ml)	1 poj.a 200 dawek (10 ml)	05909990848065
1640	Salmeterolum	Serevent Dysk, Salmeterolum, proszek do inhalacji, 50, µg/dawkę inhalacyjną, 1 poj.po 60 daw.	1 poj.po 60 daw.	05909990437825
1641	Salmeterolum	Serevent, Salmeterolum, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 25, µg/dawkę inhalacyjną, 1 szt. (1 szt.po 120 daw.)	1 szt. (1 szt.po 120 daw.)	05909990623099
1642	Salmeterolum	Pulmoterol, Salmeterolum, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50, µg/dawkę inhalacyjną, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) + inh.	60 szt. (6 blist.po 10 szt.) + inh.	05909991109424
1643	Salmeterolum	Pulmoterol, Salmeterolum, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50, µg/dawkę inhalacyjną, 90 szt. (9 blist.po 10 szt.) + inhalator	90 szt. (9 blist.po 10 szt.) + inhalator	05909991109431
1644	Salmeterolum	Pulveril, Salmeterolum, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 25, µg/dawkę, 120 dawek	120 dawek	05909990867653
1645	Salmeterolum	Pulmoterol, Salmeterolum, proszek do inhalacji w kapsułkach twardych, 50, µg, 120 szt. (12 blist.po 10 szt. + inhalator)	120 szt. (12 blist.po 10 szt. + inhalator)	05909991206390

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1646	Selegilini hydrochloridum	Segan, Selegilini hydrochloridum, tabl., 5, mg, 60 szt.	60 szt.	05909990746026
1647	Selegilinum	Selgres, Selegilinum, tabl. powl., 5, mg, 50 szt.	50 szt.	05909990404315
1648	Sertralinum	Sertagen, Sertralinum, tabl. powl., 100, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990046621
1649	Sertralinum	Sertagen, Sertralinum, tabl. powl., 50, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990046690
1650	Sertralinum	Asertin 100, Sertralinum, tabl. powl., 100, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990422685
1651	Sertralinum	Asertin 50, Sertralinum, tabl. powl., 50, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990422692
1652	Sertralinum	Setaloft 50 mg, Sertralinum, tabl. powl., 50, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990571925
1653	Sertralinum	Setaloft 100 mg, Sertralinum, tabl. powl., 100, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990571963
1654	Sertralinum	Sertranorm, Sertralinum, tabl. powl., 50, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990663040
1655	Sertralinum	Sertranorm, Sertralinum, tabl. powl., 100, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990663163
1656	Sertralinum	Zoloft, Sertralinum, tabl. powl., 50, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990753116
1657	Sertralinum	Zoloft, Sertralinum, tabl. powl., 100, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990753215
1658	Sertralinum	Zotral, Sertralinum, tabl. powl., 100, mg, 28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990569472
1659	Sertralinum	Stimuloton, Sertralinum, tabl. powl., 50, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990994816
1660	Sertralinum	Zotral, Sertralinum, tabl. powl., 50, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990013982
1661	Sertralinum	Asentra, Sertralinum, tabl. powl., 50, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990963218
1662	Sertralinum	Asentra, Sertralinum, tabl. powl., 100, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990963317
1663	Sertralinum	Miravil, Sertralinum, tabl. powl., 100, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990804368
1664	Sertralinum	Miravil, Sertralinum, tabl. powl., 50, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990804344
1665	Sertralinum	Sertralina KRKA, Sertralinum, tabl. powl., 50, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990919888
1666	Sertralinum	Sertralina KRKA, Sertralinum, tabl. powl., 100, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990919987
1667	Sertralinum	Sertraline Aurobindo, Sertralinum, tabl. powl., 50, mg, 30 tabl.	30 tabl.	05909990636136
1668	Sertralinum	ApoSerta, Sertralinum, tabl. powl., 50, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991106898
1669	Sertralinum	ApoSerta, Sertralinum, tabl. powl., 100, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991106904
1670	Sertralinum	Sastium, Sertralinum, tabletki powlekane, 50, mg, 30 tabl.	30 tabl.	05909991279523
1671	Sertralinum	Sastium, Sertralinum, tabletki powlekane, 100, mg, 30 tabl.	30 tabl.	05909991279622
1672	Sertralinum	Sastium, Sertralinum, tabl. powl., 100, mg, 84 szt.	84 szt.	05909991279660
1673	Sertralinum	Sastium, Sertralinum, tabl. powl., 100, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991279615
1674	Sertralinum	Sastium, Sertralinum, tabl. powl., 50, mg, 84 szt.	84 szt.	05909991279561
1675	Sertralinum	Sastium, Sertralinum, tabl. powl., 50, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991279516
1676	Sertralinum	Sertraline Aurovitas, Sertralinum, tabl. powl., 50, mg, 30 tabl.	30 tabl.	05909991355654
1677	Sertralinum	Sertraline Aurovitas, Sertralinum, tabl. powl., 100, mg, 30 tabl.	30 tabl.	05909991355739
1678	Simvastatinum	Ximve, Simvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990055722
1679	Simvastatinum	Simvacor, Simvastatinum, tabl. powl., 10, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990336623
1680	Simvastatinum	Simvacor, Simvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990336630
1681	Simvastatinum	SimvaHEXAL 10, Simvastatinum, tabl. powl., 10, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990623273
1682	Simvastatinum	SimvaHEXAL 20, Simvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990623297

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1683	Simvastatinum	SimvaHEXAL 40, Simvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990623334
1684	Simvastatinum	Apo-Simva 10, Simvastatinum, tabl. powl., 10, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990618279
1685	Simvastatinum	Apo-Simva 20, Simvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990618286
1686	Simvastatinum	Apo-Simva 40, Simvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990618293
1687	Simvastatinum	Zocor 10, Simvastatinum, tabl. powl., 10, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990365913
1688	Simvastatinum	Zocor 20, Simvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990366026
1689	Simvastatinum	Simvachol, Simvastatinum, tabl. powl., 10, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990941025
1690	Simvastatinum	Simvachol, Simvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990941124
1691	Simvastatinum	Simvachol, Simvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990941223
1692	Simvastatinum	Simvasterol, Simvastatinum, tabl. powl., 10, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990927616
1693	Simvastatinum	Simvasterol, Simvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990927715
1694	Simvastatinum	Simvasterol, Simvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990927838
1695	Simvastatinum	Ximve, Simvastatinum, tabl. powl., 10, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990935116
1696	Simvastatinum	Ximve, Simvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990935215
1697	Simvastatinum	Ximve, Simvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990935314
1698	Simvastatinum	Vasilip, Simvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990982714
1699	Simvastatinum	Zocor 40, Simvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990769124
1700	Simvastatinum	Simvagen 20, Simvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990743650
1701	Simvastatinum	Simvagen 40, Simvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990743667
1702	Simvastatinum	Vasilip, Simvastatinum, tabl. powl., 10, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990914012
1703	Simvastatinum	Vasilip, Simvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990914111
1704	Simvastatinum	Simorion, Simvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990794089
1705	Simvastatinum	Simorion, Simvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 98 szt.	98 szt.	05909990794157
1706	Simvastatinum	Simorion, Simvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990794140
1707	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, Simvastatinum, tabl. powl., 10, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990723591
1708	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, Simvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990723829
1709	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, Simvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990723812
1710	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, Simvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990724031
1711	Simvastatinum	Simorion, Simvastatinum, tabl. powl., 10, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990793853
1712	Simvastatinum	Simvagamma 20, Simvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991146115
1713	Simvastatinum	Vastan, Simvastatinum, tabl. powl., 10, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991073114
1714	Simvastatinum	Vastan, Simvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991073213
1715	Simvastatinum	Simratio 10, Simvastatinum, tabl. powl., 10, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991019723
1716	Simvastatinum	Simratio 20, Simvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991019822
1717	Simvastatinum	Simratio 40, Simvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991019945
1718	Simvastatinum	Simcovas, Simvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990649532
1719	Simvastatinum	Simcovas, Simvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990649655

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1720	Simvastatinum	Simvastatin Genoptim, Simvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 28 szt.	28 szt.	05907553016012
1721	Simvastatinum	Simvastatin Genoptim, Simvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 28 szt.	28 szt.	05907553016029
1722	Simvastatinum	Simcovas, Simvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991048488
1723	Simvastatinum	Simcovas, Simvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991048495
1724	Simvastatinum	Simvacard 10, Simvastatinum, tabl. powl., 10, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990940110
1725	Simvastatinum	Simvacard 20, Simvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990940219
1726	Simvastatinum	Simvacard 40, Simvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990940318
1727	Simvastatinum	Simvastatin Aurovitas, Simvastatinum, tabl. powl., 20, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990731565
1728	Simvastatinum	Simvastatin Aurovitas, Simvastatinum, tabl. powl., 40, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990731671
1729	Solifenacini succinas	Solifurin, Solifenacini succinas, tabl. powl., 5, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991351298
1730	Solifenacini succinas	Solifurin, Solifenacini succinas, tabl. powl., 10, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991351304
1731	Solifenacini succinas	Vesoligo, Solifenacini succinas, tabl. powl., 5, mg, 30 szt.	30 szt.	05906720536117
1732	Solifenacini succinas	Vesoligo, Solifenacini succinas, tabl. powl., 10, mg, 30 szt.	30 szt.	05906720536148
1733	Solifenacini succinas	Vesisol, Solifenacini succinas, tabl. powl., 5, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991139995
1734	Solifenacini succinas	Vesisol, Solifenacini succinas, tabl. powl., 10, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991140069
1735	Solifenacini succinas	Solifenacin Stada, Solifenacini succinas, tabl. powl., 5, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991340872
1736	Solifenacini succinas	Solifenacin Stada, Solifenacini succinas, tabl. powl., 10, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991340896
1737	Solifenacini succinas	Uronorm, Solifenacini succinas, tabl. powl., 5, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991312633
1738	Solifenacini succinas	Uronorm, Solifenacini succinas, tabl. powl., 10, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991312640
1739	Solifenacini succinas	Zevesin, Solifenacini succinas, tabl. powl., 10, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991382308
1740	Solifenacini succinas	Zevesin, Solifenacini succinas, tabl. powl., 5, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991382278
1741	Solifenacini succinas	Adablok, Solifenacini succinas, tabl. powl., 10, mg, 30 szt.	30 szt.	05906414003758
1742	Solifenacini succinas	Adablok, Solifenacini succinas, tabl. powl., 5, mg, 30 szt.	30 szt.	05906414003741
1743	Solifenacini succinas	Silamil, Solifenacini succinas, tabl. powl., 10, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991339135
1744	Solifenacini succinas	Beloflow, Solifenacini succinas, tabl. powl., 10, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991405960
1745	Solifenacini succinas	Beloflow, Solifenacini succinas, tabl. powl., 5, mg, 90 szt.	90 szt.	05909991405953
1746	Solifenacini succinas	Beloflow, Solifenacini succinas, tabl. powl., 5, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991405922
1747	Solifenacini succinas	Beloflow, Solifenacini succinas, tabl. powl., 10, mg, 90 szt.	90 szt.	05909991405991
1748	Solifenacini succinas	Soreca, Solifenacini succinas, tabl. powl., 5, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991371753
1749	Solifenacini succinas	Soreca, Solifenacini succinas, tabl. powl., 10, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991371777
1750	Solifenacini succinas	Solinco, Solifenacini succinas, tabl. powl., 5, mg, 30 szt.	30 szt.	05901720140340
1751	Solifenacini succinas	Silamil, Solifenacini succinas, tabl. powl., 5, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991422394
1752	Solifenacini succinas	Solinco, Solifenacini succinas, tabl. powl., 10, mg, 30 szt.	30 szt.	05901720140388
1753	Sotaloli hydrochloridum	Sotalol Aurovitas, Sotaloli hydrochloridum, tabl., 40, mg, 60 szt.	60 szt.	05909991357160
1754	Sotalolum	SotaHEXAL 80, Sotalolum, tabl., 80, mg, 20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	05909990309016
1755	Sotalolum	SotaHEXAL 160, Sotalolum, tabl., 160, mg, 20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	05909990309115
1756	Sotalolum	Biosotal 80, Sotalolum, tabl., 80, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990365616

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1757	Sotalolum	SotaHEXAL 40, Sotalolum, tabl., 40, mg, 20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	05909991014711
1758	Sotalolum	Biosotal 40, Sotalolum, tabl., 40, mg, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990365715
1759	Spironolactonum	Spironol, Spironolactonum, tabl., 25, mg, 20 szt.	20 szt.	05909990110216
1760	Spironolactonum	Spironol, Spironolactonum, tabl., 25, mg, 100 szt.	100 szt.	05909990110223
1761	Spironolactonum	Verospiron, Spironolactonum, tabl., 25, mg, 20 szt.	20 szt.	05909990117215
1762	Spironolactonum	Verospiron, Spironolactonum, kaps. twarde, 50, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990488414
1763	Spironolactonum	Verospiron, Spironolactonum, kaps. twarde, 100, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990488513
1764	Spironolactonum	Spironol 100, Spironolactonum, tabl. powl., 100, mg, 20 szt.	20 szt.	05909990673124
1765	Spironolactonum	Finospir, Spironolactonum, tabl., 100, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990965977
1766	Spironolactonum	Finospir, Spironolactonum, tabl., 25, mg, 100 szt.	100 szt.	05909990965861
1767	Spironolactonum	Finospir, Spironolactonum, tabl., 50, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990965878
1768	Spironolactonum	Finospir, Spironolactonum, tabl., 50, mg, 100 szt.	100 szt.	05909990965885
1769	Spironolactonum	Finospir, Spironolactonum, tabl., 25, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990965854
1770	Spironolactonum	Spironol, Spironolactonum, tabl. powl., 50, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991244651
1771	Spironolactonum	Spironol, Spironolactonum, tabl. powl., 50, mg, 60 szt.	60 szt.	05909991244668
1772	Sulfasalazinum	Sulfasalazin Krka, Sulfasalazinum, tabl. powl., 500, mg, 50 szt.	50 szt.	05909990283217
1773	Sulfasalazinum	Sulfasalazin EN Krka, Sulfasalazinum, tabl. dojel., 500, mg, 50 szt.	50 szt.	05909990283316
1774	Sulfasalazinum	Sulfasalazin EN Krka, Sulfasalazinum, tabl. dojel., 500, mg, 100 szt.	100 szt.	05909990283323
1775	Sulfasalazinum	Salazopyrin EN, Sulfasalazinum, tabl. dojel., 500, mg, 50 szt. (1 poj.po 50 szt.)	50 szt. (1 poj.po 50 szt.)	05909990864416
1776	Sulfasalazinum	Salazopyrin EN, Sulfasalazinum, tabl. dojel., 500, mg, 100 szt. (1 poj.po 100 szt.)	100 szt. (1 poj.po 100 szt.)	05909990864423
1777	Tafluprostum	Taflotan Multi, Tafluprostum, krople do oczu, roztwór, 15, µg/ml, 1 but.po 3 ml	1 but.po 3 ml	05909991372927
1778	Tafluprostum + Timololum	Taptiqom, Tafluprostum + Timololum, krople do oczu, roztwór, 0,015+5, mg/ml, 30 poj. jednodawkowych 0,3 ml	30 poj. jednodawkowych 0,3 ml	05909991220327
1779	Tamsulosini hydrochloridum	Bazetham Retard, Tamsulosini hydrochloridum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 0.4, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990894598
1780	Tamsulosini hydrochloridum	Tanyz ERAS, Tamsulosini hydrochloridum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 0.4, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990847808
1781	Tamsulosini hydrochloridum	Urostad, Tamsulosini hydrochloridum, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4, mg, 30 szt.	30 szt.	05909997216393
1782	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox XR, Tamsulosini hydrochloridum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0.4, mg, 60 szt.	60 szt.	05909991191214
1783	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox XR, Tamsulosini hydrochloridum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0.4, mg, 90 szt.	90 szt.	05909991199081
1784	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox, Tamsulosini hydrochloridum, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4, mg, 90 szt.	90 szt.	05907587609235
1785	Tamsulosini hydrochloridum	Symlosin SR, Tamsulosini hydrochloridum, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0.4, mg, 90 szt.	90 szt.	05909991136321
1786	Tamsulosini hydrochloridum	Bazetham Retard, Tamsulosini hydrochloridum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0.4, mg, 90 szt.	90 szt.	05909990894642
1787	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam, Tamsulosini hydrochloridum, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990622726
1788	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam, Tamsulosini hydrochloridum, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4, mg, 90 szt.	90 szt.	05906414001501
1789	Tamsulosini hydrochloridum	Tamoptim, Tamsulosini hydrochloridum, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4, mg, 90 szt.	90 szt.	05907626708417
1790	Tamsulosini hydrochloridum	Tamoptim, Tamsulosini hydrochloridum, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4, mg, 60 szt.	60 szt.	05907626708400
1791	Tamsulosini hydrochloridum	Tamoptim, Tamsulosini hydrochloridum, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990570386
1792	Tamsulosini hydrochloridum	Tamiron, Tamsulosini hydrochloridum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0.4, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991332709
1793	Tamsulosinum	Omnic Ocas 0,4, Tamsulosinum, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 0.4, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990219070

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1794	Tamsulosinum	Symlosin SR, Tamsulosinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0.4, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990044382
1795	Tamsulosinum	Apo-Tamis, Tamsulosinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0.4, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990045006
1796	Tamsulosinum	Ranlosin, Tamsulosinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 0.4, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990048007
1797	Tamsulosinum	Tanyz, Tamsulosinum, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 0.4, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990430895
1798	Tamsulosinum	Tamsudil, Tamsulosinum, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990565948
1799	Tamsulosinum	Tamsugen 0,4 mg, kapsułki o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, Tamsulosinum, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990570690
1800	Tamsulosinum	Urostad 0,4 mg kapsułka o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarda, Tamsulosinum, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990566280
1801	Tamsulosinum	Uprox, Tamsulosinum, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990566068
1802	Tamsulosinum	Uprox, Tamsulosinum, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4, mg, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990566075
1803	Tamsulosinum	Prostamnic, Tamsulosinum, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990573257
1804	Tamsulosinum	Omsal 0,4 mg kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, Tamsulosinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0.4, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990586196
1805	Tamsulosinum	Omnic 0,4, Tamsulosinum, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 0.4, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990716418
1806	Tamsulosinum	Tamsudil, Tamsulosinum, kaps. twarde o zmodyfikowanym uwalnianiu, 0.4, mg, 90 szt. (9 blist.po 10)	90 szt. (9 blist.po 10)	05909990565962
1807	Tamsulosinum	Urostad 0,4 mg kapsułka o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarda, Tamsulosinum, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4, mg, 30 szt.	30 szt.	05909997226293
1808	Tamsulosinum	TamisPras, Tamsulosinum, tabl. o przedłużonym działaniu, 0.4, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990980451
1809	Tamsulosinum	Apo-Tamis, Tamsulosinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0.4, mg, 90 szt.	90 szt.	05909990900794
1810	Tamsulosinum	Tamsudil, Tamsulosinum, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4, mg, 30 szt.	30 szt.	05909997225937
1811	Tamsulosinum	Uprox XR, Tamsulosinum, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0.4, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991191221
1812	Tamsulosinum	Fokusin, Tamsulosinum, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990573585
1813	Tamsulosinum	Fokusin, Tamsulosinum, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4, mg, 90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	05909990573592
1814	Tamsulosinum	Ranlosin, Tamsulosinum, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, 0.4, mg, 90 szt.	90 szt.	05909991092184
1815	Telmisartanum	Micardis, Telmisartanum, tabl., 40, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990440726
1816	Telmisartanum	Micardis, Telmisartanum, tabl., 80, mg, 14 szt.	14 szt.	05909990440818
1817	Telmisartanum	Micardis, Telmisartanum, tabl., 80, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990440825
1818	Telmisartanum	Pritor, Telmisartanum, tabl., 40, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990463428
1819	Telmisartanum	Pritor, Telmisartanum, tabl., 80, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990463527
1820	Telmisartanum	Tolura 40 mg tabletki, Telmisartanum, tabl. powl., 40, mg, 28 tabl.	28 tabl.	05909997077604
1821	Telmisartanum	Tolura 80 mg tabletki, Telmisartanum, tabl. powl., 80, mg, 28 tabl.	28 tabl.	05909997077673
1822	Telmisartanum	Actelsar, Telmisartanum, tabl., 80, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990891863
1823	Telmisartanum	Telmizek, Telmisartanum, tabl., 80, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990902095
1824	Telmisartanum	Telmizek, Telmisartanum, tabl., 40, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990902002
1825	Telmisartanum	Telmix, Telmisartanum, tabl., 40, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990974863
1826	Telmisartanum	Telmix, Telmisartanum, tabl., 80, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990974979
1827	Telmisartanum	Tezeo, Telmisartanum, tabl., 80, mg, 28 tabl.	28 tabl.	05909990818150

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1828	Telmisartanum	Tezeo, Telmisartanum, tabl., 40, mg, 28 tabl.	28 tabl.	05909990818082
1829	Telmisartanum	Toptelmi, Telmisartanum, tabl., 40, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990840472
1830	Telmisartanum	Toptelmi, Telmisartanum, tabl., 80, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990840557
1831	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, Telmisartanum, tabl. powl., 40, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991036768
1832	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, Telmisartanum, tabl. powl., 80, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991036867
1833	Telmisartanum	Actelsar, Telmisartanum, tabl., 40, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990891832
1834	Telmisartanum	Zanacodar, Telmisartanum, tabl., 40, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990941841
1835	Telmisartanum	Zanacodar, Telmisartanum, tabl., 80, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990941926
1836	Telmisartanum	Telmisartan Mylan, Telmisartanum, tabl., 80, mg, 28 tabl.	28 tabl.	05909991018436
1837	Telmisartanum	Polsart, Telmisartanum, tabl., 40, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990936670
1838	Telmisartanum	Polsart, Telmisartanum, tabl., 80, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990936700
1839	Telmisartanum	Tolura, Telmisartanum, tabl., 40, mg, 56 tabl.	56 tabl.	05909997077628
1840	Telmisartanum	Tolura, Telmisartanum, tabl., 80, mg, 56 tabl.	56 tabl.	05909997077697
1841	Telmisartanum	Tolura, Telmisartanum, tabl., 80, mg, 84 szt.	84 szt.	05909997077703
1842	Telmisartanum	Tolura, Telmisartanum, tabl., 40, mg, 84 szt.	84 szt.	05909997077635
1843	Telmisartanum	Tezeo, Telmisartanum, tabl., 80, mg, 56 szt.	56 szt.	05909991086633
1844	Telmisartanum	Telmisartanum 123ratio / Telmisartanum Teva B.V., Telmisartanum, tabl., 40, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990821839
1845	Telmisartanum	Tezeo, Telmisartanum, tabl., 40, mg, 56 szt.	56 szt.	05909991086626
1846	Telmisartanum	Telmisartanum 123ratio / Telmisartanum Teva B.V., Telmisartanum, tabl., 80, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990821792
1847	Telmisartanum	Telmix, Telmisartanum, tabl., 40, mg, 56 tabl.	56 tabl.	05909990974887
1848	Telmisartanum	Telmix, Telmisartanum, tabl., 80, mg, 56 tabl.	56 tabl.	05909990974993
1849	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, Telmisartanum, tabl. powl., 80, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991229801
1850	Telmisartanum	Telmabax, Telmisartanum, tabl., 40, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991060220
1851	Telmisartanum	Telmabax, Telmisartanum, tabl., 80, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991060268
1852	Telmisartanum	Telmisartan Mylan, Telmisartanum, tabl., 40, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991018429
1853	Telmisartanum	Telmizek, Telmisartanum, tabletki, 80, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991361969
1854	Telmisartanum	Telmisartan Genoptim, Telmisartanum, tabletki, 40, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991388003
1855	Telmisartanum	Telmisartan Genoptim, Telmisartanum, tabletki, 80, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991388034
1856	Telmisartanum	Telmisartan Orion, Telmisartanum, tabletki, 80, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991367374
1857	Telmisartanum	Telmisartan Orion, Telmisartanum, tabletki, 40, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991367329
1858	Telmisartanum	Telmisartan Bluefish, Telmisartanum, tabletki, 80, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991391720
1859	Telmisartanum	Telmisartan Bluefish, Telmisartanum, tabletki, 40, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991391713
1860	Telmisartanum	Tezeo, Telmisartanum, tabl., 40, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991423551
1861	Telmisartanum	Tezeo, Telmisartanum, tabl., 40, mg, 56 szt.	56 szt.	05909991423568
1862	Telmisartanum	Tezeo, Telmisartanum, tabl., 80, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991423575
1863	Telmisartanum	Tezeo, Telmisartanum, tabl., 80, mg, 56 szt.	56 szt.	05909991423582
1864	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, Telmisartanum + Amlodipinum, tabl., 80+5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991338701

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1865	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, Telmisartanum + Amlodipinum, tabl., 80+10, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991338787
1866	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, Telmisartanum + Amlodipinum, tabl., 40+10, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991338626
1867	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, Telmisartanum + Amlodipinum, tabl., 40+5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991338541
1868	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	PritorPlus, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 80+25, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990644834
1869	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	MicardisPlus, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 80+25, mg, 14 szt.	14 szt.	05909990653010
1870	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	MicardisPlus, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 80+25, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990653027
1871	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	MicardisPlus, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 80+12,5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991020026
1872	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	PritorPlus, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 40+12,5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991068325
1873	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	PritorPlus, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 80+12,5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991068424
1874	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Gisartan, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 80+12,5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991080051
1875	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Gisartan, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 80+25, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991080174
1876	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 80+12,5, mg, 56 szt.	56 szt.	05909991096045
1877	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 80+25, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991096069
1878	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 80+25, mg, 56 szt.	56 szt.	05909991096076
1879	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 40+12,5, mg, 56 szt.	56 szt.	05909991096007
1880	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 80+12,5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991096038
1881	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 40+12,5, mg, 84 szt.	84 szt.	05909991045265
1882	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 80+12,5, mg, 84 szt.	84 szt.	05909991045746
1883	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 80+25, mg, 84 szt.	84 szt.	05909991045876
1884	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan/hydrochlorothiazide EGIS, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 80+25, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991073909
1885	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan/hydrochlorothiazide EGIS, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 80+12,5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991073848
1886	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 40+12,5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991095994
1887	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmizek HCT, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 40+12,5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991082338
1888	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmizek HCT, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 80+12,5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991082529
1889	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmizek HCT, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 80+25, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991082598
1890	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Actelsar HCT, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 80+12,5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991056247
1891	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Actelsar HCT, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 80+25, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991056773
1892	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 40+12,5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991045180
1893	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 40+12,5, mg, 56 szt.	56 szt.	05909991045203
1894	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 80+12,5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991045692
1895	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 80+12,5, mg, 56 szt.	56 szt.	05909991045722
1896	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 80+25, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991045807
1897	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 80+25, mg, 56 szt.	56 szt.	05909991045852
1898	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 40+12,5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991226381
1899	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 80+12,5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991226398
1900	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 80+25, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991226404
1901	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Polsart Plus, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 40+12,5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991079451

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1902	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Polsart Plus, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 80+12,5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991079598
1903	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Polsart Plus, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 80+25, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991079703
1904	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan/hydrochlorothiazide EGIS, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 40+12,5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991073732
1905	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan + HCT Genoptim, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 40+12,5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991388157
1906	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan + HCT Genoptim, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 80+12,5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991388188
1907	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan + HCT Genoptim, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 80+25, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991388218
1908	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan/hydrochlorothiazide EGIS, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 80+12,5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991421816
1909	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmix Plus, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 80+25, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991418007
1910	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmix Plus, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 80+12,5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991417963
1911	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmix Plus, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 40+12,5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991417932
1912	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan/hydrochlorothiazide EGIS, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 80+12,5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991410667
1913	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 80+25, mg, 56 szt.	56 szt.	05909991330064
1914	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 80+12,5, mg, 56 szt.	56 szt.	05909991330057
1915	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl., 40+12,5, mg, 56 szt.	56 szt.	05909991330040
1916	Terazosinum	Kornam, Terazosinum, tabl., 2, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990484119
1917	Terazosinum	Kornam, Terazosinum, tabl., 5, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990484317
1918	Terazosinum	Hytrin, Terazosinum, tabl., 2, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990767816
1919	Terazosinum	Hytrin, Terazosinum, tabl., 5, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990767915
1920	Terazosinum	Hytrin, Terazosinum, tabl., 10, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990768011
1921	Terbinafinum	Erfin, Terbinafinum, tabl., 250, mg, 14 szt. (2 blist.po 7 szt.)	14 szt. (2 blist.po 7 szt.)	05909990621057
1922	Terbinafinum	Erfin, Terbinafinum, tabl., 250, mg, 28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990621064
1923	Terbinafinum	Myconafine, Terbinafinum, tabl., 250, mg, 14 szt. (2 blist.po 7 szt.)	14 szt. (2 blist.po 7 szt.)	05909990419036
1924	Terbinafinum	Myconafine, Terbinafinum, tabl., 250, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990419050
1925	Terbinafinum	Terbisil, Terbinafinum, tabl., 250, mg, 14 szt. (1 blist.po 14 szt.)	14 szt. (1 blist.po 14 szt.)	05909990950515
1926	Terbinafinum	Terbinafine Aurobindo, Terbinafinum, tabl., 250, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990955268
1927	Terbinafinum	Zelefion, Terbinafinum, tabl., 250, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990645503
1928	Terbinafinum	Myconafine, Terbinafinum, tabl., 250, mg, 14 szt.	14 szt.	05909990419043
1929	tert-Butylamini Perindoprilum	Vidotin, tert-Butylamini Perindoprilum, tabl., 4, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990653614
1930	tert-Butylamini Perindoprilum	Vidotin, tert-Butylamini Perindoprilum, tabl., 8, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990653621
1931	tert-Butylamini Perindoprilum	Prenessa, tert-Butylamini Perindoprilum, tabl., 8, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990662494
1932	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum, tabl., 4+5, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990908134
1933	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum, tabl., 4+10, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990908165
1934	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum, tabl., 8+5, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990908196
1935	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum, tabl., 8+10, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990908240
1936	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum, tabl., 4 mg + 5 mg, 30 szt.	30 szt.	05906414001839
1937	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum, tabl., 4 mg + 5 mg, 60 szt.	60 szt.	05906414001846
1938	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum, tabl., 4 mg + 10 mg, 30 szt.	30 szt.	05906414001860

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1939	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum, tabl., 4 mg + 10 mg, 60 szt.	60 szt.	05906414001877
1940	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum, tabl., 8 mg + 5 mg, 30 szt.	30 szt.	05906414001891
1941	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum, tabl., 8 mg + 5 mg, 60 szt.	60 szt.	05906414001907
1942	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum, tabl., 8 mg + 10 mg, 30 szt.	30 szt.	05906414001921
1943	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum, tabl., 8 mg + 10 mg, 60 szt.	60 szt.	05906414001938
1944	tert-Butylamini Perindoprilum + Indapamidum	Co-Prenessa 4 mg/1,25 mg tabletki, tert-Butylamini Perindoprilum + Indapamidum, tabl., 4+1,25, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990641086
1945	tert-Butylamini Perindoprilum + Indapamidum	Co-Prenessa 4 mg/1,25 mg tabletki, tert-Butylamini Perindoprilum + Indapamidum, tabl., 4+1,25, mg, 30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990746569
1946	Theophyllinum	Theospirex retard 300 mg, Theophyllinum, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 300, mg, 50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990261215
1947	Theophyllinum	Euphyllin long, Theophyllinum, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 200, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990450114
1948	Theophyllinum	Euphyllin long, Theophyllinum, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 300, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990450213
1949	Theophyllinum	Theospirex retard, Theophyllinum, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 150, mg, 50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990803910
1950	Ticlopidinum	Aclotin, Ticlopidinum, tabl. powl., 0.25, g, 60 szt. (3 blist.po 20 szt.)	60 szt. (3 blist.po 20 szt.)	05909990334971
1951	Ticlopidinum	Apo-Clodin, Ticlopidinum, tabl. powl., 250, mg, 60 szt. (1 but.po 60 szt.)	60 szt. (1 but.po 60 szt.)	05909990646616
1952	Ticlopidinum	Aclotin, Ticlopidinum, tabl. powl., 0.25, g, 20 szt. (1 blist.po 20 szt.)	20 szt. (1 blist.po 20 szt.)	05909990667116
1953	Ticlopidinum	Ifapidin, Ticlopidinum, tabl. powl., 250, mg, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990694846
1954	Ticlopidinum	Ifapidin, Ticlopidinum, tabl. powl., 250, mg, 20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	05909990694853
1955	Ticlopidinum	Apo-Clodin, Ticlopidinum, tabl. powl., 250, mg, 30 szt. (1 but.po 30 szt.)	30 szt. (1 but.po 30 szt.)	05909990938315
1956	Timololum	Cusimolol 0,5%, Timololum, krople do oczu, roztwór, 5, mg/ml, 1 but.po 5 ml	1 but.po 5 ml	05909990187713
1957	Timololum	Oftensin, Timololum, krople do oczu, roztwór, 2.5, mg/ml, 5 ml	5 ml	05909990073610
1958	Timololum	Oftensin, Timololum, krople do oczu, roztwór, 5, mg/ml, 5 ml	5 ml	05909990073719
1959	Tiotropii bromidum	Spiriva Respimat, Tiotropii bromidum, roztwór do inhalacji, 2.5, µg/dawkę odmierzoną, 1 wkł.po 30 dawek leczniczych (60 dawek odmierzonych) + 1 inhalator Respimat	1 wkł.po 30 dawek leczniczych (60 dawek odmierzonych) + 1 inhalator Respimat	05909990735839
1960	Tiotropii bromidum	Braltus, Tiotropii bromidum, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 10, µg/dawkę dostarczaną, 30 szt. + 1 inhalator	30 szt. + 1 inhalator	05909991299545
1961	Tiotropium	Spiriva, Tiotropium, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18, µg/dawkę inhalacyjną, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990985111
1962	Tiotropium	Spiriva, Tiotropium, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18, µg/dawkę inhalacyjną, 30 szt. (3 blist.po 10 szt. + HandiHaler)	30 szt. (3 blist.po 10 szt. + HandiHaler)	05909990985128
1963	Tiotropium	Srivasso, Tiotropium, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18, µg/dawkę inhalacyjną, 30 kaps.	30 kaps.	05909991253998
1964	Tiotropium	Srivasso, Tiotropium, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18, µg/dawkę inhalacyjną, 30 kaps. z inhalatorem	30 kaps. z inhalatorem	05909991254001
1965	Tolterodini tartras	Urimper, Tolterodini tartras, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 2, mg, 60 szt.	60 szt.	05909991008642
1966	Tolterodini tartras	Urimper, Tolterodini tartras, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991008666
1967	Tolterodini tartras	Urimper, Tolterodini tartras, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4, mg, 60 szt.	60 szt.	05909991008680
1968	Tolterodinum	Tolzurin, Tolterodinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 2, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991023485
1969	Tolterodinum	Tolzurin, Tolterodinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991023522
1970	Tolterodinum	Titlodine, Tolterodinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 2, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991035235
1971	Tolterodinum	Titlodine, Tolterodinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991035549
1972	Tolterodinum	Defur, Tolterodinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991055271
1973	Tolterodinum	Uroflow 2, Tolterodinum, tabl. powl., 2, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990648641
1974	Tolterodinum	Defur, Tolterodinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4, mg, 90 szt.	90 szt.	05909991139520

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1975	Tolterodinum	Urimper, Tolterodinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4, mg, 60 szt.	60 szt.	05909991249045
1976	Tolterodinum	Urimper, Tolterodinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991249038
1977	Travoprostum	Travatan, Travoprostum, krople do oczu, roztwór, 0.04, mg/ml, 1 but.po 2,5 ml	1 but.po 2,5 ml	05909990942619
1978	Travoprostum	Travoprost Genoptim, Travoprostum, krople do oczu, roztwór, 40, µg/ml, 1 but.po 2,5 ml	1 but.po 2,5 ml	05909991197629
1979	Travoprostum	Vizitrav, Travoprostum, krople do oczu, roztwór, 40, µg/ml, 1 poj.a 2,5 ml	1 poj.a 2,5 ml	05909991321949
1980	Travoprostum	Vizitrav, Travoprostum, krople do oczu, roztwór, 40, µg/ml, 3 poj.a 2,5 ml	3 poj.a 2,5 ml	05909991321956
1981	Travoprostum	Rozatrav, Travoprostum, krople do oczu, roztwór, 40, µg/ml, 4 but.a 2,5 ml	4 but.a 2,5 ml	05900411002554
1982	Travoprostum	Rozatrav, Travoprostum, krople do oczu, roztwór, 40, µg/ml, 3 but.a 2,5 ml	3 but.a 2,5 ml	05906414003178
1983	Travoprostum	Rozatrav, Travoprostum, krople do oczu, roztwór, 40, µg/ml, 1 but.a 2,5 ml	1 but.a 2,5 ml	05906414003161
1984	Travoprostum + Timololum	DuoTrav, Travoprostum + Timololum, krople do oczu, roztwór, 0,04+5, mg/ml, 1 but.po 2,5 ml	1 but.po 2,5 ml	05909990586172
1985	Travoprostum + Timololum	Travoprost+Timolol Genoptim, Travoprostum + Timololum, krople do oczu, roztwór, 0,04+5, mg/ml, 1 but.a 2,5 ml	1 but.a 2,5 ml	05909991350420
1986	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, Travoprostum + Timololum, krople do oczu, roztwór, 0,04+5, mg/ml, 4 but.a 2,5 ml	4 but.a 2,5 ml	05909991347826
1987	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, Travoprostum + Timololum, krople do oczu, roztwór, 0,04+5, mg/ml, 3 but.a 2,5 ml	3 but.a 2,5 ml	05909991347819
1988	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, Travoprostum + Timololum, krople do oczu, roztwór, 0,04+5, mg/ml, 1 but.a 2,5 ml	1 but.a 2,5 ml	05909991347802
1989	Trazodoni hydrochloridum	Trittico XR, Trazodoni hydrochloridum, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 300, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991094799
1990	Trazodonum	Trittico CR, Trazodonum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75, mg, 30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990918621
1991	Trazodonum	Trittico CR, Trazodonum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150, mg, 20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	05909990918720
1992	Trazodonum	Trittico CR, Trazodonum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150, mg, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990715497
1993	Umeclidinii bromidum	Incruse Ellipta, Umeclidinii bromidum, proszek do inhalacji, 55, µg, 30 daw.	30 daw.	05909991108953
1994	Umeclidinii bromidum + Vilanterolum	Anoro Ellipta, Umeclidinii bromidum + Vilanterolum, proszek do inhalacji, podzielony, 55+22, µg, 1 inhalator po 30 dawek	1 inhalator po 30 dawek	05909991108984
1995	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, Valsartanum, tabl. powl., 80, mg, 28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990074945
1996	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, Valsartanum, tabl. powl., 160, mg, 28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990074969
1997	Valsartanum	Tensart, Valsartanum, tabl. powl., 80, mg, 28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990681877
1998	Valsartanum	Tensart, Valsartanum, tabl. powl., 160, mg, 28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990682065
1999	Valsartanum	Bespres, Valsartanum, tabl. powl., 160, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990751877
2000	Valsartanum	Bespres, Valsartanum, tabl. powl., 80, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990751594
2001	Valsartanum	Diovan, Valsartanum, tabl. powl., 80, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990929115
2002	Valsartanum	Diovan, Valsartanum, tabl. powl., 160, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990929214
2003	Valsartanum	Diovan, Valsartanum, tabl. powl., 160, mg, 14 szt. (1 blist.po 14 szt.)	14 szt. (1 blist.po 14 szt.)	05909990929238
2004	Valsartanum	Dipper - Mono, Valsartanum, tabl. powl., 160, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990831067
2005	Valsartanum	Dipper - Mono, Valsartanum, tabl. powl., 80, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990830961
2006	Valsartanum	Valsacor 80, Valsartanum, tabl. powl., 80, mg, 60 szt.	60 szt.	05909990818853
2007	Valsartanum	Valsacor 160, Valsartanum, tabl. powl., 160, mg, 60 szt.	60 szt.	05909990818983
2008	Valsartanum	Avasart, Valsartanum, tabl. powl., 80, mg, 28 szt.. (4 blist.po 7 szt.)	28 szt.. (4 blist.po 7 szt.)	05909990773695
2009	Valsartanum	Avasart, Valsartanum, tabl. powl., 160, mg, 28 szt.. (4 blist.po 7 szt.)	28 szt.. (4 blist.po 7 szt.)	05909990773763
2010	Valsartanum	Valsacor 320 mg tabletki powlekane, Valsartanum, tabl. powl., 320, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990779147
2011	Valsartanum	Vanatex, Valsartanum, tabl. powl., 80, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990827459

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2012	Valsartanum	Vanatex, Valsartanum, tabl. powl., 160, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990827480
2013	Valsartanum	Dipper - Mono, Valsartanum, tabl. powl., 320, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990831159
2014	Valsartanum	Valtap, Valsartanum, tabl. powl., 80, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990804542
2015	Valsartanum	Valtap, Valsartanum, tabl. powl., 160, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990804580
2016	Valsartanum	Valtap, Valsartanum, tabl. powl., 160, mg, 56 szt.	56 szt.	05909991088118
2017	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, Valsartanum, tabl. powl., 80, mg, 90 szt.	90 szt.	05909990818860
2018	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, Valsartanum, tabl. powl., 160, mg, 90 szt.	90 szt.	05909990818990
2019	Valsartanum	Valtap, Valsartanum, tabl. powl., 80, mg, 56 szt.	56 szt.	05909991088101
2020	Valsartanum	Valzek, Valsartanum, tabl., 80, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991202286
2021	Valsartanum	Valzek, Valsartanum, tabl., 160, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991202330
2022	Valsartanum	Valsacor 320 mg tabletki powlekane, Valsartanum, tabl. powl., 320, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991216306
2023	Valsartanum	Dipper - Mono, Valsartanum, tabl. powl., 160, mg, 56 szt.	56 szt.	05909990831081
2024	Valsartanum	Axudan, Valsartanum, tabl. powl., 160, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991230395
2025	Valsartanum	Dipper - Mono, Valsartanum, tabl. powl., 80, mg, 56 szt.	56 szt.	05909990830985
2026	Valsartanum	Axudan, Valsartanum, tabletki powlekane, 160, mg, 28 tabl.	28 tabl.	05909991253912
2027	Valsartanum	Axudan, Valsartanum, tabletki powlekane, 80, mg, 28 tabl.	28 tabl.	05909991253226
2028	Valsartanum	Valsartan Genoptim, Valsartanum, tabletki powlekane, 80, mg, 28 tabl.	28 tabl.	05909991266387
2029	Valsartanum	Valsartan Genoptim, Valsartanum, tabletki powlekane, 160, mg, 28 tabl.	28 tabl.	05909991266455
2030	Valsartanum	Valsartan Genoptim, Valsartanum, tabletki powlekane, 160, mg, 56 tabl.	56 tabl.	05909991266479
2031	Valsartanum	Awalone, Valsartanum, tabletki powlekane, 160, mg, 28 tabl.	28 tabl.	05909990688739
2032	Valsartanum	Awalone, Valsartanum, tabletki powlekane, 80, mg, 28 tabl.	28 tabl.	05909990688548
2033	Valsartanum	Valorion, Valsartanum, tabletki powlekane, 160, mg, 28 tabl.	28 tabl.	05909991299590
2034	Valsartanum	Valorion, Valsartanum, tabletki powlekane, 80, mg, 28 tabl.	28 tabl.	05909991299583
2035	Valsartanum	Ivisart, Valsartanum, tabl., 80, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990685981
2036	Valsartanum	Bespres, Valsartanum, tabletki powlekane, 160, mg, 28 tabl.	28 tabl.	05909991350680
2037	Valsartanum	Valtap, Valsartanum, tabletki powlekane, 160, mg, 28 tabl.	28 tabl.	05909991344375
2038	Valsartanum	Valsartan Aurovitas, Valsartanum, tabletki powlekane, 80, mg, 28 tabl.	28 tabl.	05909991345785
2039	Valsartanum	Valsartan Aurovitas, Valsartanum, tabletki powlekane, 160, mg, 28 tabl.	28 tabl.	05909991345815
2040	Valsartanum	Valsartan Medical Valley, Valsartanum, tabl. powl., 80, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991282455
2041	Valsartanum	Valsartan Medical Valley, Valsartanum, tabl. powl., 160, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991282608
2042	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Tensart HCT, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 160+12,5, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990704132
2043	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Tensart HCT, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 160+25, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990704262
2044	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 160+12,5, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990740246
2045	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 160+25, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990740277
2046	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 160+25, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990740864
2047	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtap HCT, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 160+12,5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990801961
2048	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtap HCT, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 160+25, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990802005

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2049	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 320+25, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990830244
2050	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 320+12,5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990847464
2051	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 320+25, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990847501
2052	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 80+12,5, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990740833
2053	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 160+12,5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990829989
2054	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 160+25, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990830107
2055	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 80+12,5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990829927
2056	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 320+12,5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990830176
2057	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 80+12,5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990862351
2058	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 160+25, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990862399
2059	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 160+12,5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990862375
2060	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 160+12,5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990874255
2061	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Diovan, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 160+25, mg, 14 szt. (1 blist.po 14 szt.)	14 szt. (1 blist.po 14 szt.)	05909991062927
2062	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtap HCT, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 160+25, mg, 56 szt.	56 szt.	05909991067564
2063	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 160+12,5, mg, 98 szt.	98 szt.	05909990740260
2064	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 160+25, mg, 98 szt.	98 szt.	05909990740291
2065	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 80+12,5, mg, 98 szt.	98 szt.	05909990740239
2066	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtap HCT, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 160+12,5, mg, 56 szt.	56 szt.	05909991067557
2067	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 80+12,5, mg, 56 tabl.	56 tabl.	05909990740208
2068	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 160+12,5, mg, 56 tabl.	56 tabl.	05909990740253
2069	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 160+25, mg, 56 tabl.	56 tabl.	05909990740284
2070	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 80+12,5, mg, 28 tabl.	28 tabl.	05909990740192
2071	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valsartan + hydrochlorothiazide Krka, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 160+12,5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990847600
2072	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valsartan + hydrochlorothiazide Krka, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 160+25, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990847655
2073	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 160+12,5, mg, 56 szt.	56 szt.	05909990830008
2074	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 80+12,5, mg, 56 szt.	56 szt.	05909990829941
2075	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 160+25, mg, 56 szt.	56 szt.	05909990830138
2076	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Axudan HCT, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 160+12,5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991230234
2077	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Axudan HCT, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 160+25, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991230333
2078	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabletki powlekane, 320+12,5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991349721
2079	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabletki powlekane, 320+25, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991349707
2080	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabl. powl., 160+25, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991282028
2081	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabletki powlekane, 160+25, mg, 28 tabl.	28 tabl.	05909991305949
2082	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabletki powlekane, 160+25, mg, 14 tabl.	14 tabl.	05909991305932
2083	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valsartan + HCT Genoptim, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabletki powlekane, 80+12,5, mg, 28 tabl.	28 tabl.	05909991135850
2084	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valsartan + HCT Genoptim, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabletki powlekane, 160+25, mg, 28 tabl.	28 tabl.	05909991136376
2085	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valsartan + HCT Genoptim, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabletki powlekane, 160+12,5, mg, 28 tabl.	28 tabl.	05909991136116

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2086	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Axudan HCT, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabletki powlekane, 160+25, mg, 28 tabl.	28 tabl.	05909991254407
2087	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Axudan HCT, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabletki powlekane, 160+12,5, mg, 28 tabl.	28 tabl.	05909991251857
2088	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Axudan HCT, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabletki powlekane, 320+25, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991325749
2089	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Axudan HCT, Valsartanum + Hydrochlorothiazidum, tabletki powlekane, 80+12,5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991325572
2090	Venlafaxinum	Velaxin ER 37,5 mg, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990055982
2091	Venlafaxinum	Velaxin ER 75 mg, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990056279
2092	Venlafaxinum	Velaxin ER 150 mg, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990056293
2093	Venlafaxinum	Alventa, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990047956
2094	Venlafaxinum	Alventa, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990047895
2095	Venlafaxinum	Venlectine, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 37.5, mg, 28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990040971
2096	Venlafaxinum	Venlectine, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75, mg, 28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990040995
2097	Venlafaxinum	Efevelon SR, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990715299
2098	Venlafaxinum	Efevelon SR, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990715350
2099	Venlafaxinum	Efevelon SR, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990715374
2100	Venlafaxinum	Faxolet ER, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990691760
2101	Venlafaxinum	Faxolet ER, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990691883
2102	Venlafaxinum	Faxolet ER, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990691906
2103	Venlafaxinum	Venlafaxine Apotex, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 37.5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990673728
2104	Venlafaxinum	Venlafaxine Apotex, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990673766
2105	Venlafaxinum	Venlafaxine Apotex, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990673803
2106	Venlafaxinum	Axyven, Venlafaxinum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 37.5, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990660636
2107	Venlafaxinum	Axyven, Venlafaxinum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990660643
2108	Venlafaxinum	Axyven, Venlafaxinum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990660650
2109	Venlafaxinum	Efectin ER 75, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990493913
2110	Venlafaxinum	Efectin ER 150, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990494019
2111	Venlafaxinum	Venlectine, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 150, mg, 28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990424672
2112	Venlafaxinum	Faxigen XL 37,5 mg, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990721498
2113	Venlafaxinum	Faxigen XL 75 mg, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990721504
2114	Venlafaxinum	Faxigen XL 150 mg, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990721528
2115	Venlafaxinum	Prefaxine, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5, mg, 28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990727490
2116	Venlafaxinum	Prefaxine, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75, mg, 28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990727506
2117	Venlafaxinum	Prefaxine, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150, mg, 28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990727520
2118	Venlafaxinum	Venlafaxine Bluefish XL, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990767601
2119	Venlafaxinum	Venlafaxine Bluefish XL, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990767625
2120	Venlafaxinum	Velafax, Venlafaxinum, tabl., 37.5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991093815
2121	Venlafaxinum	Velafax, Venlafaxinum, tabl., 37.5, mg, 56 szt.	56 szt.	05909991093822
2122	Venlafaxinum	Velafax, Venlafaxinum, tabl., 75, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991093914

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2123	Venlafaxinum	Velafax, Venlafaxinum, tabl., 75, mg, 56 szt.	56 szt.	05909991093921
2124	Venlafaxinum	Oriven, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990795802
2125	Venlafaxinum	Oriven, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150, mg, 98 szt.	98 szt.	05909990795833
2126	Venlafaxinum	Oriven, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990795826
2127	Venlafaxinum	Oriven, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75, mg, 98 szt.	98 szt.	05909990795796
2128	Venlafaxinum	Oriven, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990795789
2129	Venlafaxinum	Oriven, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5, mg, 98 szt.	98 szt.	05909990795819
2130	Venlafaxinum	Alventa, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990047901
2131	Venlafaxinum	Symfaxin ER, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991092030
2132	Venlafaxinum	Symfaxin ER, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991091996
2133	Venlafaxinum	Alventa, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75, mg, 60 szt.	60 szt.	05909991197728
2134	Venlafaxinum	Alventa, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 150, mg, 60 szt.	60 szt.	05909991197735
2135	Venlafaxinum	Symfaxin ER, Venlafaxinum, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5, mg, 28 kaps.	28 kaps.	05909991135096
2136	Venlafaxinum	Alventa, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991383978
2137	Venlafaxinum	Alventa, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991383886
2138	Venlafaxinum	Alventa, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991394400
2139	Venlafaxinum	Alventa, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991394318
2140	Venlafaxinum	Lafactin, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991377168
2141	Venlafaxinum	Lafactin, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991377359
2142	Venlafaxinum	Lafactin, Venlafaxinum, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991377502
2143	Verapamilum	Staveran 40, Verapamilum, tabl. powl., 40, mg, 20 tabl.	20 tabl.	05909990045211
2144	Verapamilum	Staveran 80, Verapamilum, tabl. powl., 80, mg, 20 tabl.	20 tabl.	05909990045310
2145	Verapamilum	Staveran 120, Verapamilum, tabl. powl., 120, mg, 20 tabl.	20 tabl.	05909990045419
2146	Warfarinum	Warfin, Warfarinum, tabl., 3, mg, 100 szt. (1 słoik po 100 szt.)	100 szt. (1 słoik po 100 szt.)	05909990622368
2147	Warfarinum	Warfin, Warfarinum, tabl., 5, mg, 100 szt. (1 słoik po 100 szt.)	100 szt. (1 słoik po 100 szt.)	05909990622382

E. Leki przysługujące świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 43b ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2020 r. poz. 1398, 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, Acidum ursodeoxycholicum, kaps., 250, mg, 90 szt.	90 szt.	05909991203924
2	Acidum ursodeoxycholicum	Ursocam, Acidum ursodeoxycholicum, tabl., 250, mg, 90 szt.	90 szt.	05909991314675
3	Acidum ursodeoxycholicum	Ursocam, Acidum ursodeoxycholicum, tabl., 250, mg, 100 szt.	100 szt.	05909990414741
4	Acidum ursodeoxycholicum	Ursopol, Acidum ursodeoxycholicum, kaps. twarde, 300, mg, 50 szt.	50 szt.	05909990798223
5	Acidum ursodeoxycholicum	Ursoxyn, Acidum ursodeoxycholicum, kaps. twarde, 250, mg, 50 szt.	50 szt.	05909991325770
6	Acidum ursodeoxycholicum	Ursoxyn, Acidum ursodeoxycholicum, kaps. twarde, 250, mg, 100 szt.	100 szt.	05909991325794
7	Beclometasonum + Formoterolum	Fostex, Beclometasonum + Formoterolum, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6, µg/dawkę, poj.po 180 daw.	poj.po 180 daw.	05909990054152
8	Beclometasonum + Formoterolum	Fostex, Beclometasonum + Formoterolum, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6, µg/dawkę, poj.po 180 daw.	poj.po 180 daw.	05909991245696
9	Budesonidum	Budiair, Budesonidum, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200, µg/dawkę odmierzoną, 1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh.	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh.	05909990335169
10	Budesonidum	Budiair, Budesonidum, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200, µg/dawkę odmierzoną, 1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. z komorą inhalacyjną Jet	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. z komorą inhalacyjną Jet	05909990335176
11	Budesonidum	Ribuspir, Budesonidum, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200, µg/dawkę odmierzoną, 1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh.	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh.	05909990335183
12	Budesonidum	Ribuspir, Budesonidum, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200, µg/dawkę odmierzoną, 1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. z komorą inhalacyjną Jet	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. z komorą inhalacyjną Jet	05909990335190
13	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, Budesonidum, proszek do inhalacji, 400, µg/dawkę, 1 inh.po 100 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy)	1 inh.po 100 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy)	05909990337286
14	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, Budesonidum, proszek do inhalacji, 200, µg/dawkę, 1 inh.po 200 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy)	1 inh.po 200 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy)	05909990337323
15	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, Budesonidum, proszek do inhalacji, 100, µg/dawkę, 1 inh.po 200 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy)	1 inh.po 200 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy)	05909990337354
16	Budesonidum	Pulmicort, Budesonidum, zawiesina do nebulizacji, 0.125, mg/ml, 20 poj.po 2 ml	20 poj.po 2 ml	05909990445615
17	Budesonidum	Pulmicort, Budesonidum, zawiesina do nebulizacji, 0.25, mg/ml, 20 poj.po 2 ml	20 poj.po 2 ml	05909990445714
18	Budesonidum	Pulmicort, Budesonidum, zawiesina do nebulizacji, 0.5, mg/ml, 20 poj.po 2 ml	20 poj.po 2 ml	05909990445813
19	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, Budesonidum, proszek do inhalacji, 100, µg/dawkę inhalacyjną, 1 poj.po 200 daw.	1 poj.po 200 daw.	05909990677313
20	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, Budesonidum, proszek do inhalacji, 200, µg/dawkę inhalacyjną, 1 poj.po 100 daw.	1 poj.po 100 daw.	05909990677412
21	Budesonidum	Miflonide Breezhaler, Budesonidum, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200, µg, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990926213
22	Budesonidum	Miflonide Breezhaler, Budesonidum, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400, µg, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990926312
23	Budesonidum	Budelin Novolizer 200, Budesonidum, proszek do inhalacji, 200, µg/dawkę inhalacyjną, 1 poj.po 2,18 g proszku (200 daw.) + inhal. Novolizer	1 poj.po 2,18 g proszku (200 daw.) + inhal. Novolizer	05909991033224
24	Budesonidum	Budelin Novolizer 200, Budesonidum, proszek do inhalacji, 200, µg/dawkę inhalacyjną, 1 poj.po 2,18 g proszku (200 daw.)	1 poj.po 2,18 g proszku (200 daw.)	05909991033248
25	Budesonidum	Nebbud, Budesonidum, zawiesina do nebulizacji, 0.5, mg/ml, 20 amp. po 2 ml	20 amp. po 2 ml	05909991005733
26	Budesonidum	Pulmicort, Budesonidum, zawiesina do nebulizacji, 0.5, mg/ml, 20 poj.po 2 ml	20 poj.po 2 ml	05909991233099
27	Budesonidum	Nebbud, Budesonidum, zawiesina do nebulizacji, 0.25, mg/2 ml, 20 szt.	20 szt.	05909991107925
28	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, Budesonidum, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200, µg/dawkę inhalacyjną, 60 kaps.	60 kaps.	05909991204082
29	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, Budesonidum, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400, µg/dawkę inhalacyjną, 60 kaps.	60 kaps.	05909991203986
30	Budesonidum	Nebbud, Budesonidum, zawiesina do nebulizacji, 0.25, mg/ml, 20 amp. po 2 ml	20 amp. po 2 ml	05909991005696

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
31	Budesonidum	Benodil, Budesonidum, zawiesina do nebulizacji, 0.25, mg/ml, 20 amp.po 2 ml	20 amp.po 2 ml	05909991283650
32	Budesonidum	Benodil, Budesonidum, zawiesina do nebulizacji, 0.5, mg/ml, 20 amp.po 2 ml	20 amp.po 2 ml	05909991283698
33	Budesonidum	Benodil, Budesonidum, zawiesina do nebulizacji, 0.125, mg/ml, 20 amp.po 2 ml	20 amp.po 2 ml	05909991283629
34	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, Budesonidum, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200, µg/dawkę inhalacyjną, 120 kaps.	120 kaps.	05909991223793
35	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, Budesonidum, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400, µg/dawkę inhalacyjną, 120 kaps.	120 kaps.	05909991223809
36	Budesonidum	BDS N, Budesonidum, zawiesina do nebulizacji, 0.125, mg/ml, 20 amp.po 2 ml	20 amp.po 2 ml	05909991306137
37	Budesonidum	BDS N, Budesonidum, zawiesina do nebulizacji, 0.25, mg/ml, 20 amp.po 2 ml	20 amp.po 2 ml	05909991306144
38	Budesonidum	BDS N, Budesonidum, zawiesina do nebulizacji, 0.5, mg/ml, 20 amp.po 2 ml	20 amp.po 2 ml	05909991306151
39	Budesonidum	Pulmicort, Budesonidum, zawiesina do nebulizacji, 0.5, mg/ml, 20 poj.po 2 ml	20 poj.po 2 ml	05909991269784
40	Budesonidum	Budixon Neb, Budesonidum, zawiesina do nebulizacji, 0.5, mg/ml, 20 poj. 2 ml	20 poj. 2 ml	05906414002539
41	Budesonidum	Budixon Neb, Budesonidum, zawiesina do nebulizacji, 0.25, mg/ml, 20 poj. 2 ml	20 poj. 2 ml	05906414002522
42	Budesonidum	Budixon Neb, Budesonidum, zawiesina do nebulizacji, 0.125, mg/ml, 20 poj. 2 ml	20 poj. 2 ml	05906414002515
43	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus, proszek do inhalacji, 160+4,5, µg/dawkę inhalacyjną, 1 inh. po 120 daw.	1 inh. po 120 daw.	05909990873074
44	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus, proszek do inhalacji, 160+4,5, µg/dawkę inhalacyjną, 1 inh. po 60 dawek	1 inh. po 60 dawek	07613421020866
45	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5, µg/dawkę inhalacyjną, 2 inh. po 60 dawek	2 inh. po 60 dawek	05907626709476
46	Budesonidum + Formoterolum	Symbicort Turbuhaler, Budesonidum + Formoterolum, proszek do inhalacji, 80+4,5, µg/dawkę inhalacyjną, 1 inh.po 60 daw.	1 inh.po 60 daw.	05909990872886
47	Budesonidum + Formoterolum	Symbicort Turbuhaler, Budesonidum + Formoterolum, proszek do inhalacji, 320+9, µg/dawkę inhalacyjną, 1 inh.po 60 daw.	1 inh.po 60 daw.	05909990873241
48	Budesonidum + Formoterolum	DuoResp Spiromax, Budesonidum + Formoterolum, proszek do inhalacji, 160+4,5, µg, 1 inhalator (120 dawek)	1 inhalator (120 dawek)	05909991136932
49	Budesonidum + Formoterolum	DuoResp Spiromax, Budesonidum + Formoterolum, proszek do inhalacji, 320+9, µg, 1 inhalator (60 dawek)	1 inhalator (60 dawek)	05909991136963
50	Budesonidum + Formoterolum	Bufomix Easyhaler, Budesonidum + Formoterolum, proszek do inhalacji, 160+4,5, µg/dawkę inhalacyjną, 1 inh. po 60 daw. z opakowaniem ochronnym	1 inh. po 60 daw. z opakowaniem ochronnym	05909991137465
51	Budesonidum + Formoterolum	Bufomix Easyhaler, Budesonidum + Formoterolum, proszek do inhalacji, 160+4,5, µg/dawkę inhalacyjną, 1 inh. po 120 daw. z opakowaniem ochronnym	1 inh. po 120 daw. z opakowaniem ochronnym	05909991137458
52	Budesonidum + Formoterolum	Bufomix Easyhaler, Budesonidum + Formoterolum, proszek do inhalacji, 320+9, µg/dawkę inhalacyjną, 1 inh.po 60 daw. z opakowaniem ochronnym	1 inh.po 60 daw. z opakowaniem ochronnym	05909991137625
53	Carbamazepinum	Amizepin, Carbamazepinum, tabl., 200, mg, 50 szt.	50 szt.	05909990043910
54	Carbamazepinum	Neurotop retard 300, Carbamazepinum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300, mg, 50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990244515
55	Carbamazepinum	Neurotop retard 600, Carbamazepinum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 600, mg, 50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990244614
56	Carbamazepinum	Tegretol CR 400, Carbamazepinum, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 400, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990120116
57	Carbamazepinum	Tegretol CR 200, Carbamazepinum, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200, mg, 50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990120215
58	Carbamazepinum	Tegretol, Carbamazepinum, zawiesina doustna, 20, mg/ml, 100 ml	100 ml	05909990341917
59	Carbamazepinum	Tegretol, Carbamazepinum, zawiesina doustna, 20, mg/ml, 250 ml	250 ml	05909990341924
60	Carbamazepinum	Finlepsin, Carbamazepinum, tabl., 200, mg, 50 szt.	50 szt.	05909991014117
61	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, Carbamazepinum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991014216
62	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, Carbamazepinum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400, mg, 50 szt.	50 szt.	05909991014223
63	Carbamazepinum	Finlepsin 200 retard, Carbamazepinum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200, mg, 50 szt.	50 szt.	05909991030315
64	Ciclesonidum	Alvesco 80, Ciclesonidum, aerozol inhalacyjny, roztwór, 80, µg, 1 poj. 120 daw.	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**
65	Ciclesonidum	Alvesco 160, Ciclesonidum, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160, µg, 1 poj. 120 daw.	1 poj. 120 daw.	05909990212064
66	Ciclesonidum	Alvesco 80, Ciclesonidum, aerozol inhalacyjny, roztwór, 80, µg, 1 poj. 60 daw.	1 poj. 60 daw.	05909990218523
67	Ciclesonidum	Alvesco 160, Ciclesonidum, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160, µg, 1 poj. 60 daw.	1 poj. 60 daw.	05909990218530
68	Dalteparinum natricum	Fragmin, Dalteparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań, 2500, j.m. (anty-Xa)/0,2 ml, 10 amp.-strz.po 0,2 ml	10 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990776412
69	Dalteparinum natricum	Fragmin, Dalteparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań, 5000, j.m. (anty-Xa)/0,2 ml, 10 amp.-strz.po 0,2 ml	10 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990776511
70	Dalteparinum natricum	Fragmin, Dalteparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań, 10000, j.m. (anty-Xa)/0,4 ml, 5 amp.-strz.po 0,4 ml	5 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990958818
71	Dalteparinum natricum	Fragmin, Dalteparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań, 7500, j.m. (anty-Xa)/0,3 ml, 10 amp.-strz.po 0,3 ml	10 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990949410
72	Dalteparinum natricum	Fragmin, Dalteparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań, 12500, j.m. (anty-Xa)/0,5 ml, 5 amp.-strz.po 0,5 ml	5 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990949519
73	Dalteparinum natricum	Fragmin, Dalteparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań, 15000, j.m. (anty-Xa)/0,6 ml, 5 amp.-strz.po 0,6 ml	5 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990949618
74	Dalteparinum natricum	Fragmin, Dalteparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań, 18000, j.m. (anty-Xa)/0,72 ml, 5 amp.-strz z igłą po 0,72 ml	5 amp.-strz z igłą po 0,72 ml	05909990949717
75	Enoxaparinum natricum	Clexane, Enoxaparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań, 100, mg/ml, 10 amp.-strz.po 0,2 ml	10 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990048328
76	Enoxaparinum natricum	Clexane, Enoxaparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań, 100, mg/ml, 10 amp.-strz.po 0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990048427
77	Enoxaparinum natricum	Clexane, Enoxaparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań, 100, mg/ml, 10 amp.-strz.po 0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990774821
78	Enoxaparinum natricum	Clexane, Enoxaparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań, 100, mg/ml, 10 amp.-strz.po 1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990774920
79	Enoxaparinum natricum	Clexane, Enoxaparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań, 100, mg/ml, 10 amp.-strz.po 0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990775026
80	Enoxaparinum natricum	Clexane forte, Enoxaparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań, 120, mg/0,8 ml, 10 amp.-strz.po 0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990891429
81	Enoxaparinum natricum	Clexane forte, Enoxaparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań, 150, mg/1 ml, 10 amp.-strz.po 1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990891528
82	Enoxaparinum natricum	Neoparin, Enoxaparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań, 20, mg/0,2 ml, 10 amp.-strz.po 0,2 ml	10 amp.-strz.po 0,2 ml	05906395161010
83	Enoxaparinum natricum	Neoparin, Enoxaparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań, 60, mg/0,6 ml, 10 amp.-strz.po 0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05906395161058
84	Enoxaparinum natricum	Neoparin, Enoxaparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań, 80, mg/0,8 ml, 10 amp.-strz.po 0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05906395161072
85	Enoxaparinum natricum	Neoparin, Enoxaparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań, 100, mg/1 ml, 10 amp.-strz.po 1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05906395161096
86	Enoxaparinum natricum	Neoparin, Enoxaparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań, 40, mg/0,4 ml, 10 amp.-strz.po 0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05906395161034
87	Enoxaparinum natricum	Neoparin Forte, Enoxaparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 120, mg/0,8 ml, 10 amp.-strz.	10 amp.-strz.	05906395161126
88	Enoxaparinum natricum	Neoparin Forte, Enoxaparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 150, mg/1 ml, 10 amp.-strz.	10 amp.-strz.	05906395161164
89	Enoxaparinum natricum	Losmina, Enoxaparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20, mg/0,2 ml, 10 amp.-strz.	10 amp.-strz.	05909991378783
90	Enoxaparinum natricum	Losmina, Enoxaparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 40, mg/0,4 ml, 10 amp.-strz.	10 amp.-strz.	05909991379186
91	Enoxaparinum natricum	Losmina, Enoxaparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 60, mg/0,6 ml, 10 amp.-strz.	10 amp.-strz.	05909991379100
92	Enoxaparinum natricum	Losmina, Enoxaparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 80, mg/0,8 ml, 10 amp.-strz.	10 amp.-strz.	05909991378943
93	Enoxaparinum natricum	Losmina, Enoxaparinum natricum, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 100, mg/1 ml, 10 amp.-strz.	10 amp.-strz.	05909991379001
94	Fenoterolum	Berotec N 100, Fenoterolum, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100, µg/dawkę, 1 poj.po 10 ml (200 daw.)	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909990376414
95	Fenoterolum + Ipratropii bromidum	Berodual, Fenoterolum + Ipratropii bromidum, roztwór do nebulizacji, 0,5+0,25, mg/ml, 20 ml	20 ml	05909990101917
96	Fenoterolum + Ipratropii bromidum	Berodual N, Fenoterolum + Ipratropii bromidum, aerozol inhalacyjny, roztwór, 50+21, µg/dawkę inhalacyjną, 1 poj.po 200 dawek	1 poj.po 200 dawek	05909990917815
97	Fluticasoni propionas	Flutixon Neb, Fluticasoni propionas, zawiesina do nebulizacji, 0.5, mg/2 ml, 10 amp. 2 ml	10 amp. 2 ml	05906414003062
98	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 100, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, proszek do inhalacji, 100+50, µg/dawkę inhalacyjną, 1 poj.po 60 daw.	1 poj.po 60 daw.	05909990832422
99	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 250, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, proszek do inhalacji, 250+50, µg/dawkę inhalacyjną, 1 poj.po 60 daw.	1 poj.po 60 daw.	05909990832521
100	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 500, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, proszek do inhalacji, 500+50, µg/dawkę inhalacyjną, 1 poj.po 60 daw.	1 poj.po 60 daw.	05909990832620
101	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 50, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, aerozol wziewny, zawiesina, 50+25, µg/dawkę inhalacyjną, 120 daw. (1 poj.po 120 daw.)	120 daw. (1 poj.po 120 daw.)	05909990906918

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	Seretide 125, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, aerozol wziewny, zawiesina, 125+25, µg/dawkę inhalacyjną, 120 daw. (1 poj.po 120 daw.)	120 daw. (1 poj.po 120 daw.)	05909990907014
103	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 250, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25, µg/dawkę inhalacyjną, 120 daw. (1 poj.po 120 daw.)	120 daw. (1 poj.po 120 daw.)	05909990907113
104	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, proszek do inhalacji, 100+50, (µg + µg)/dawkę inhalacyjną, 1 inhalator (60 dawek)	1 inhalator (60 dawek)	05909991034900
105	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, proszek do inhalacji, 250+50, (µg + µg)/dawkę inhalacyjną, 1 inhalator (60 dawek)	1 inhalator (60 dawek)	05909991034924
106	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, proszek do inhalacji, 500+50, (µg + µg)/dawkę inhalacyjną, 1 inhalator (60 dawek)	1 inhalator (60 dawek)	05909991034931
107	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, proszek do inhalacji, 250+50, µg, 1 inh.po 60 daw.	1 inh.po 60 daw.	05909991274931
108	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, proszek do inhalacji, 500+50, µg, 1 inh.po 60 daw.	1 inh.po 60 daw.	05909991274955
109	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Comboterol, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25, µg/dawkę inhalacyjną, 1 poj. 120 dawek	1 poj. 120 dawek	05906720534687
110	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Comboterol, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25, µg/dawkę inhalacyjną, 1 poj. 120 dawek	1 poj. 120 dawek	05906720534670
111	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Symflusal, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, proszek do inhalacji, 500+50, µg/dawkę inhalacyjną, 1 blister 60 dawek + inhalator Elpenhaler	1 blister 60 dawek + inhalator Elpenhaler	05909991079055
112	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Symflusal, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, proszek do inhalacji, 250+50, µg/dawkę inhalacyjną, 1 blister 60 dawek + inhalator Elpenhaler	1 blister 60 dawek + inhalator Elpenhaler	05909991078980
113	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salflumix Easyhaler, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, proszek do inhalacji, 250+50, µg/dawkę odmierzoną, 1 inh.po 60 daw.	1 inh.po 60 daw.	05909991383626
114	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salflumix Easyhaler, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, proszek do inhalacji, 500+50, µg/dawkę odmierzoną, 1 inh.po 60 daw.	1 inh.po 60 daw.	05909991383657
115	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, proszek do inhalacji, 100+50, (µg + µg)/dawkę inhalacyjną, 1 inhalator 60 dawek	1 inhalator 60 dawek	05909991034870
116	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, proszek do inhalacji, 250+50, (µg + µg)/dawkę inhalacyjną, 1 inhalator 60 dawek	1 inhalator 60 dawek	05909991034887
117	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, proszek do inhalacji, 500+50, (µg + µg)/dawkę inhalacyjną, 1 inhalator 60 dawek	1 inhalator 60 dawek	05909991034894
118	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25, µg/dawkę inhalacyjną, 1 inhalator 120 dawek	1 inhalator 120 dawek	05909991403959
119	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25, µg/dawkę odmierzoną, 1 inhalator 120 dawek	1 inhalator 120 dawek	05909991403966
120	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, Fluticasoni propionas + Salmeterolum, aerozol wziewny, zawiesina, 50+25, µg/dawkę odmierzoną, 1 inhalator 120 dawek	1 inhalator 120 dawek	05909991403898
121	Fluticasonum	Flixotide Dysk, Fluticasonum, proszek do inhalacji, 50, µg/dawkę inhalacyjną, 60 daw.	60 daw.	05909990484522
122	Fluticasonum	Flixotide Dysk, Fluticasonum, proszek do inhalacji, 100, µg/dawkę inhalacyjną, 60 daw.	60 daw.	05909990484621
123	Fluticasonum	Flixotide Dysk, Fluticasonum, proszek do inhalacji, 250, µg/dawkę inhalacyjną, 60 daw.	60 daw.	05909990484720
124	Fluticasonum	Flixotide Dysk, Fluticasonum, proszek do inhalacji, 500, µg/dawkę inhalacyjną, 60 daw.	60 daw.	05909990484829
125	Fluticasonum	Flixotide, Fluticasonum, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50, µg, 120 daw.	120 daw.	05909990851317
126	Fluticasonum	Flixotide, Fluticasonum, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125, µg, 60 daw.	60 daw.	05909990851416
127	Fluticasonum	Flixotide, Fluticasonum, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125, µg, 120 daw.	120 daw.	05909990851423
128	Fluticasonum	Flixotide, Fluticasonum, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250, µg, 60 daw.	60 daw.	05909990851515
129	Fluticasonum	Flixotide, Fluticasonum, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250, µg, 120 daw.	120 daw.	05909990851522
130	Fluticasonum	Flutixon, Fluticasonum, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125, µg/dawkę inhalacyjną, 60 kaps.	60 kaps.	05909990785858
131	Fluticasonum	Flutixon, Fluticasonum, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250, µg/dawkę inhalacyjną, 60 kaps.	60 kaps.	05909990785889
132	Fluticasonum	Flixotide, Fluticasonum, zawiesina do nebulizacji, 0.5, mg/2 ml, 10 poj. (2 sasz.po 5 poj.)	10 poj. (2 sasz.po 5 poj.)	05909990956517
133	Fluticasonum	Flixotide, Fluticasonum, zawiesina do nebulizacji, 2, mg/2 ml, 10 poj. (2 sasz.po 5 poj.)	10 poj. (2 sasz.po 5 poj.)	05909990956616
134	Fluticasonum	Flutixon, Fluticasonum, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125, µg, 120 kaps.	120 kaps.	05909990938001
135	Fluticasonum	Flutixon, Fluticasonum, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250, µg, 120 kaps.	120 kaps.	05909990938025
136	Formoteroli fumaras	Foramed, Formoteroli fumaras, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12, µg/dawkę inhalacyjną, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) + inh.	60 szt. (6 blist.po 10 szt.) + inh.	05909991109523
137	Formoteroli fumaras	Zafiron, Formoteroli fumaras, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12, µg, 120 kaps.	120 kaps.	05909990937981
138	Formoteroli fumaras	Foradil, Formoteroli fumaras, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12, µg, 180 szt.	180 szt.	07613421020934

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 dihydricus	Oxodil PPH, Formoteroli fumaras dihydricus, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12, µg, 60 kaps.	60 kaps.	05909990849000
140	Formoterolum	Oxis Turbuhaler, Formoterolum, proszek do inhalacji, 4.5, µg/dawkę, 1 inh.po 60 daw.	1 inh.po 60 daw.	05909990445219
141	Formoterolum	Oxis Turbuhaler, Formoterolum, proszek do inhalacji, 9, µg/dawkę, 1 inh.po 60 daw.	1 inh.po 60 daw.	05909990445318
142	Formoterolum	Forastmin, Formoterolum, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12, µg, 60 szt. (1 but.po 60 szt.)	60 szt. (1 but.po 60 szt.)	05909990614400
143	Formoterolum	Atimos, Formoterolum, aerozol inhalacyjny, roztwór, 12, µg/dawkę odmierzoną, 1 szt. (1 poj.po 120 daw.)	1 szt. (1 poj.po 120 daw.)	05909990620777
144	Formoterolum	Zafiron, Formoterolum, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12, µg, 60 kaps. (6 blist.po 10 kaps.)	60 kaps. (6 blist.po 10 kaps.)	05909990975914
145	Formoterolum	Foradil, Formoterolum, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12, µg, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990792924
146	Formoterolum	Formoterol Easyhaler, Formoterolum, proszek do inhalacji, 12, mcg, 1 poj. (120 daw.) (+ op.ochr.)	1 poj. (120 daw.) (+ op.ochr.)	05909990337446
147	Formoterolum	Oxodil PPH, Formoterolum, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12, µg, 120 szt.	120 szt.	05909990996681
148	Formoterolum	Forastmin, Formoterolum, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 12, µg, 120 szt (2 but.po 60 szt.)	120 szt (2 but.po 60 szt.)	05909991218287
149	Formoterolum	Forastmin, Formoterolum, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 12, µg, 180 szt (3 but.po 60 szt.)	180 szt (3 but.po 60 szt.)	05909991218294
150	Formoterolum	Foramed, Formoterolum, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12, µg/dawkę inhalacyjną, 120 szt.	120 szt.	05909991086602
151	Hydrocortisonum	Hydrocortisonum-SF, Hydrocortisonum, tabl., 10, mg, 60 szt.	60 szt.	05909991218140
152	Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum	Mixtard 30 Penfill, Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml	5 wkł.po 3 ml	05909990238323
153	Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum	Insuman Comb 25, Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum, zawiesina do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml	5 wkł.po 3 ml	05909990915613
154	Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum	Mixtard 40 Penfill, Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml	5 wkł.po 3 ml	05909990347124
155	Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum	Mixtard 50 Penfill, Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml	5 wkł.po 3 ml	05909990348121
156	Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum	Polhumin Mix - 2, Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum, zawiesina do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022921
157	Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum	Polhumin Mix - 3, Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum, zawiesina do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023027
158	Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum	Polhumin Mix - 4, Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum, zawiesina do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023126
159	Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum	Polhumin Mix - 5, Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum, zawiesina do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023324
160	Insulini injectio neutralis	Actrapid Penfill, Insulini injectio neutralis, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml	5 wkł.po 3 ml	05909990237920
161	Insulini injectio neutralis	Insuman Rapid, Insulini injectio neutralis, roztwór do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml	5 wkł.po 3 ml	05909990914715
162	Insulinum aspartum	NovoRapid Penfill, Insulinum aspartum, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100, j/ml, 5 wkł.po 3 ml	5 wkł.po 3 ml	05909990451814
163	Insulinum aspartum	NovoMix 30 Penfill, Insulinum aspartum, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100, j/ml, 5 wkł.po 3 ml	5 wkł.po 3 ml	05909990879915
164	Insulinum aspartum	NovoMix 50 Penfill, Insulinum aspartum, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100, j/ml, 5 wkł.po 3ml	5 wkł.po 3ml	05909990614981
165	Insulinum aspartum	Fiasp, Insulinum aspartum, roztwór do wstrz., 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml	5 wkł.po 3 ml	05909991306298
166	Insulinum aspartum	Fiasp, Insulinum aspartum, roztwór do wstrz., 100, j.m./ml, 1 fiol. a 10 ml	1 fiol. a 10 ml	05909991378059
167	Insulinum aspartum	NovoRapid, Insulinum aspartum, roztwór do wstrzykiwań, 100, j/ml, 1 fiol.po 10 ml	1 fiol.po 10 ml	05909991369668
168	Insulinum aspartum	Insulin aspart Sanofi, Insulinum aspartum, roztwór do wstrzykiwań, 100, j/ml, 10 wstrzykiwaczy 3 ml SoloStar	10 wstrzykiwaczy 3 ml SoloStar	05909991429171
169	Insulinum degludecum	Tresiba Penfill, Insulinum degludecum, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie , 100, j/ml, 5 wkł.po 3 ml (Penfill)	5 wkł.po 3 ml (Penfill)	05909991107833
170	Insulinum degludecum	Tresiba FlexTouch, Insulinum degludecum, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu , 200, j/ml, 3 wstrzykiwacze po 3 ml	3 wstrzykiwacze po 3 ml	05909991107864
171	Insulinum degludecum + Insulinum aspartum	Ryzodeg, Insulinum degludecum + Insulinum aspartum, roztwór do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml Penfill	5 wkł.po 3 ml Penfill	05909991371562
172	Insulinum detemirum	Levemir, Insulinum detemirum, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100, j/ml, 5 wkł.po 3 ml (Penfill)	5 wkł.po 3 ml (Penfill)	05909990005741
173	Insulinum glarginum	Lantus, Insulinum glarginum, roztwór do wstrzykiwań, 100, j/ml, 5 wkladów po 3 ml	5 wkladów po 3 ml	05909990895717
174	Insulinum glarginum	Lantus, Insulinum glarginum, roztwór do wstrzykiwań, 100, j/ml, 5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	05909990617555
175	Insulinum glarginum	Toujeo, Insulinum glarginum, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 300, j/ml, 10 wstrzykiwaczy SoloStar po 1,5 ml	10 wstrzykiwaczy SoloStar po 1,5 ml	05909991231538

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 glarginum	Abasaglar, Insulinum glarginum, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100, j.m./ml, 10 wkł.po 3 ml	10 wkł.po 3 ml	05909991201982
177	Insulinum glulisinum	Apidra, Insulinum glulisinum, roztwór do wstrzykiwań, 100, j./ml, 5 wkł.po 3 ml	5 wkł.po 3 ml	05909990008575
178	Insulinum glulisinum	Apidra, Insulinum glulisinum, roztwór do wstrzykiwań, 100, j./ml, 1 fiol.po 10 ml	1 fiol.po 10 ml	05909990008483
179	Insulinum glulisinum	Apidra SoloStar, Insulinum glulisinum, roztwór do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wstrz.po 3 ml	5 wstrz.po 3 ml	05909990617197
180	Insulinum humanum	Insuman Basal SoloStar 100 j.m./ml zawiesina do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, Insulinum humanum, zawiesina do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	05909990672448
181	Insulinum humanum	Insuman Comb 25 SoloStar 100 j.m./ml zawiesina do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, Insulinum humanum, zawiesina do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	05909990672585
182	Insulinum humanum	Insuman Rapid SoloStar 100 j.m./ml roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, Insulinum humanum, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100, j.m./ml, 5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	05909990672363
183	Insulinum humanum	Humulin M3 (30/70), Insulinum humanum, zawiesina do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml	5 wkł.po 3 ml	05909990246014
184	Insulinum humanum	Humulin N, Insulinum humanum, zawiesina do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml	5 wkł.po 3 ml	05909990246717
185	Insulinum humanum	Humulin R, Insulinum humanum, roztwór do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml	5 wkł.po 3 ml	05909990247011
186	Insulinum humanum	Gensulin R, Insulinum humanum, roztwór do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 1 fiol.po 10 ml	1 fiol.po 10 ml	05909990852017
187	Insulinum humanum	Gensulin R, Insulinum humanum, roztwór do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml	5 wkł.po 3 ml	05909990852116
188	Insulinum humanum	Gensulin N, Insulinum humanum, zawiesina do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 1 fiol.po 10 ml	1 fiol.po 10 ml	05909990852314
189	Insulinum humanum	Gensulin N, Insulinum humanum, zawiesina do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml	5 wkł.po 3 ml	05909990852413
190	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), Insulinum humanum, zawiesina do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 1 fiol.po 10 ml	1 fiol.po 10 ml	05909990853014
191	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), Insulinum humanum, zawiesina do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml	5 wkł.po 3 ml	05909990853113
192	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), Insulinum humanum, zawiesina do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml	5 wkł.po 3 ml	05909990853311
193	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), Insulinum humanum, zawiesina do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml	5 wkł.po 3 ml	05909990853519
194	Insulinum humanum	Polhumin N, Insulinum humanum, zawiesina do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022525
195	Insulinum humanum	Polhumin R, Insulinum humanum, roztwór do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022822
196	Insulinum isophanum	Insuman Basal, Insulinum isophanum, zawiesina do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml	5 wkł.po 3 ml	05909990915019
197	Insulinum isophanum	Insulatard Penfill, Insulinum isophanum, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml	5 wkł.po 3 ml	05909990348923
198	Insulinum lisprum	Insulin Lispro Sanofi, Insulinum lisprum, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100, j./ml, 10 wstrz. 3 ml SoloStar	10 wstrz. 3 ml SoloStar	05909991333553
199	Insulinum lisprum	Liprolog, Insulinum lisprum, roztwór do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 10 wkł.po 3 ml	10 wkł.po 3 ml	05909990005536
200	Insulinum lisprum	Liprolog, Insulinum lisprum, roztwór do wstrz., 100, j.m./ml, 1 fiol. a 10 ml	1 fiol. a 10 ml	05909990005482
201	Insulinum lisprum	Liprolog KwikPen, Insulinum lisprum, roztwór do wstrz., 200, j.m./ml, 5 wstrzyk. po 3 ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05999885490165
202	Insulinum lisprum	Liprolog Junior KwikPen, Insulinum lisprum, roztwór do wstrz., 100, j.m./ml, 5 wstrzyk. po 3 ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05907677973123
203	Insulinum lisprum zinci protaminati injectio + Insulinum lisprum, injectio neutralis	Humalog Mix25, Insulinum lisprum zinci protaminati injectio + Insulinum lisprum, injectio neutralis, zawiesina do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml	5 wkł.po 3 ml	05909990455010
204	Insulinum lisprum zinci protaminati injectio + Insulinum lisprum, injectio neutralis	Humalog Mix50, Insulinum lisprum zinci protaminati injectio + Insulinum lisprum, injectio neutralis, zawiesina do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml	5 wkł.po 3 ml	05909990455614
205	Insulinum lisprum, injectio neutralis	Humalog, Insulinum lisprum, injectio neutralis, roztwór do wstrzykiwań, 100, j.m./ml, 5 wkł.po 3 ml	5 wkł.po 3 ml	05909990692422
206	Ipratropii bromidum	Atrovent, Ipratropii bromidum, płyn do inhalacji z nebulizatora, 250, µg/ml, 1 but.po 20 ml	1 but.po 20 ml	05909990322114
207	Ipratropii bromidum	Atrovent N, Ipratropii bromidum, aerozol wziewny, roztwór, 20, µg/dawkę inhalacyjną, 1 poj.po 10 ml (200 daw.)	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909990999019
208	Ipratropii bromidum	Atrodil, Ipratropii bromidum, aerozol inhalacyjny, roztwór, 20, µg, 1 poj.po 10 ml (200 daw.)	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909991185879
209	Lamotriginum	Epitrigine 50 mg tabletki, Lamotriginum, tabl., 50, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990334759

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
210	Lamotriginum	Epitrigine 100 mg tabletki, Lamotriginum, tabl., 100, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990334766
211	Lamotriginum	Lamotrix, Lamotriginum, tabl., 25, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991006419
212	Lamotriginum	Lamotrix, Lamotriginum, tabl., 50, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991006518
213	Lamotriginum	Lamitrin, Lamotriginum, tabl., 100, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990346318
214	Lamotriginum	Lamitrin, Lamotriginum, tabl., 100, mg, 60 szt.	60 szt.	05909990346325
215	Lamotriginum	Lamotrix, Lamotriginum, tabl., 100, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991006617
216	Lamotriginum	Lamilept, Lamotriginum, tabl., 50, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990038565
217	Lamotriginum	Lamilept, Lamotriginum, tabl., 25, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990038701
218	Lamotriginum	Lamilept, Lamotriginum, tabl., 100, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990038480
219	Lamotriginum	Lamitrin S, Lamotriginum, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 25, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990787210
220	Lamotriginum	Lamitrin S, Lamotriginum, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 100, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990787319
221	Lamotriginum	Lamotrix, Lamotriginum, tabl., 100, mg, 90 szt.	90 szt.	05909990961092
222	Lamotriginum	Symla, Lamotriginum, tabl., 25, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991138349
223	Lamotriginum	Lamotrigine Farmax, Lamotriginum, tabletki, 100, mg, 30 tabl.	30 tabl.	05909991311773
224	Lamotriginum	Lamotrigine Farmax, Lamotriginum, tabletki, 25, mg, 30 tabl.	30 tabl.	05909991311629
225	Lamotriginum	Lamotrigine Farmax, Lamotriginum, tabletki, 50, mg, 30 tabl.	30 tabl.	05909991311698
226	Lamotriginum	Symla, Lamotriginum, tabl., 25, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990972418
227	Lamotriginum	Symla, Lamotriginum, tabl., 50, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990972517
228	Lamotriginum	Symla, Lamotriginum, tabl., 100, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990972616
229	Levetiracetamum	Keppra, Levetiracetamum, tabl. powl., 750, mg, 50 szt.	50 szt.	05909990006649
230	Levetiracetamum	Keppra, Levetiracetamum, tabl. powl., 750, mg, 100 szt.	100 szt.	05909990006670
231	Levetiracetamum	Keppra, Levetiracetamum, roztwór do stosowania doustnego, 100, mg/ml, 300 ml	300 ml	05909990006755
232	Levetiracetamum	Normeg, Levetiracetamum, tabl. powl., 250, mg, 50 szt.	50 szt.	05909990998135
233	Levetiracetamum	Normeg, Levetiracetamum, tabl. powl., 500, mg, 50 szt.	50 szt.	05909990998180
234	Levetiracetamum	Normeg, Levetiracetamum, tabl. powl., 750, mg, 50 szt.	50 szt.	05909990998258
235	Levetiracetamum	Normeg, Levetiracetamum, tabl. powl., 1000, mg, 50 szt.	50 szt.	05909990998302
236	Levetiracetamum	Keppra, Levetiracetamum, tabl. powl., 250, mg, 50 szt.	50 szt.	05909990901111
237	Levetiracetamum	Keppra, Levetiracetamum, tabl. powl., 250, mg, 100 szt.	100 szt.	05909990901128
238	Levetiracetamum	Keppra, Levetiracetamum, tabl. powl., 500, mg, 50 szt.	50 szt.	05909990901210
239	Levetiracetamum	Keppra, Levetiracetamum, tabl. powl., 500, mg, 100 szt.	100 szt.	05909990901227
240	Levetiracetamum	Keppra, Levetiracetamum, tabl. powl., 1000, mg, 50 szt.	50 szt.	05909990901319
241	Levetiracetamum	Keppra, Levetiracetamum, tabl. powl., 1000, mg, 100 szt.	100 szt.	05909990901326
242	Levetiracetamum	Vetira, Levetiracetamum, roztwór doustny , 100, mg/ml, 1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml	1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml	05909990935901
243	Levetiracetamum	Vetira, Levetiracetamum, tabl. powl., 1000, mg, 50 szt.	50 szt.	05909990936250
244	Levetiracetamum	Vetira, Levetiracetamum, tabl. powl., 750, mg, 50 szt.	50 szt.	05909990936151
245	Levetiracetamum	Vetira, Levetiracetamum, tabl. powl., 500, mg, 50 szt.	50 szt.	05909990936052
246	Levetiracetamum	Vetira, Levetiracetamum, tabl. powl., 250, mg, 50 szt.	50 szt.	05909990935956

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
247	Levetiracetamum	Cezarius, Levetiracetamum, roztwór doustny, 100, mg/ml, 300 ml	300 ml	05909990928149
248	Levetiracetamum	Trund, Levetiracetamum, tabl. powl., 1000, mg, 100 szt.	100 szt.	05909990925957
249	Levetiracetamum	Trund, Levetiracetamum, tabl. powl., 250, mg, 50 szt.	50 szt.	05909990925858
250	Levetiracetamum	Trund, Levetiracetamum, tabl. powl., 1000, mg, 50 szt.	50 szt.	05909990925940
251	Levetiracetamum	Trund, Levetiracetamum, tabl. powl., 750, mg, 50 szt.	50 szt.	05909990925926
252	Levetiracetamum	Trund, Levetiracetamum, tabl. powl., 500, mg, 50 szt.	50 szt.	05909990925872
253	Levetiracetamum	Trund, Levetiracetamum, tabl. powl., 500, mg, 100 szt.	100 szt.	05909990925889
254	Levetiracetamum	Trund, Levetiracetamum, roztwór doustny, 100, mg/ml, 1 but.po 300 ml ze strz.po 10 ml i łącznikiem	1 but.po 300 ml ze strz.po 10 ml i łącznikiem	05909990925841
255	Levetiracetamum	Cezarius, Levetiracetamum, tabl. powl., 750, mg, 50 szt.	50 szt.	05909990928231
256	Levetiracetamum	Cezarius, Levetiracetamum, tabl. powl., 250, mg, 50 szt.	50 szt.	05909990928200
257	Levetiracetamum	Cezarius, Levetiracetamum, tabl. powl., 1000, mg, 50 szt.	50 szt.	05909990928248
258	Levetiracetamum	Cezarius, Levetiracetamum, tabl. powl., 500, mg, 50 szt.	50 szt.	05909990928224
259	Levetiracetamum	Vetira, Levetiracetamum, roztwór doustny, 100, mg/ml, 150 ml	150 ml	05909990935895
260	Levetiracetamum	Levebon, Levetiracetamum, tabl. powl., 500, mg, 50 szt.	50 szt.	05909990989379
261	Levetiracetamum	Levebon, Levetiracetamum, tabl. powl., 1000, mg, 50 szt.	50 szt.	05909990989805
262	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, Levetiracetamum, roztwór doustny, 100, mg/ml, 300 ml (but.)	300 ml (but.)	05909990958672
263	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, Levetiracetamum, tabl. powl., 250, mg, 50 szt.	50 szt.	05909990958726
264	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, Levetiracetamum, tabl. powl., 250, mg, 100 szt.	100 szt.	05909990958764
265	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, Levetiracetamum, tabl. powl., 500, mg, 50 szt.	50 szt.	05909990958986
266	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, Levetiracetamum, tabl. powl., 500, mg, 100 szt.	100 szt.	05909990959037
267	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, Levetiracetamum, tabl. powl., 750, mg, 50 szt.	50 szt.	05909990958856
268	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, Levetiracetamum, tabl. powl., 750, mg, 100 szt.	100 szt.	05909990958894
269	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, Levetiracetamum, tabl. powl., 1000, mg, 50 szt.	50 szt.	05909990959129
270	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, Levetiracetamum, tabl. powl., 1000, mg, 100 szt.	100 szt.	05909990959167
271	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, Levetiracetamum, tabl. powl., 250, mg, 50 szt.	50 szt.	05909990921492
272	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, Levetiracetamum, tabl. powl., 500, mg, 50 szt.	50 szt.	05909990921577
273	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, Levetiracetamum, tabl. powl., 500, mg, 100 szt.	100 szt.	05909990921591
274	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, Levetiracetamum, tabl. powl., 750, mg, 50 szt.	50 szt.	05909990921652
275	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, Levetiracetamum, tabl. powl., 1000, mg, 50 szt.	50 szt.	05909990921737
276	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, Levetiracetamum, tabl. powl., 1000, mg, 100 szt.	100 szt.	05909990921751
277	Levetiracetamum	Polkepral, Levetiracetamum, tabl. powl., 250, mg, 50 szt.	50 szt.	05909991031497
278	Levetiracetamum	Polkepral, Levetiracetamum, tabl. powl., 500, mg, 50 szt.	50 szt.	05909991031602
279	Levetiracetamum	Polkepral, Levetiracetamum, tabl. powl., 500, mg, 100 szt.	100 szt.	05909991031640
280	Levetiracetamum	Polkepral, Levetiracetamum, tabl. powl., 750, mg, 50 szt.	50 szt.	05909991031886
281	Levetiracetamum	Polkepral, Levetiracetamum, tabl. powl., 1000, mg, 50 szt.	50 szt.	05909991031992
282	Levetiracetamum	Polkepral, Levetiracetamum, tabl. powl., 1000, mg, 100 szt.	100 szt.	05909991032043
283	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, Levetiracetamum, tabletki powlekane, 750, mg, 100 tabl.	100 tabl.	05909990921676

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
284	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, Levetiracetamum, tabletki powlekane, 250, mg, 100 tabl.	100 tabl.	05909990921522
285	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, Levetiracetamum, tabl. powl., 1000, mg, 50 szt.	50 szt.	05909990971305
286	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, Levetiracetamum, tabl. powl., 750, mg, 50 szt.	50 szt.	05909990971183
287	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, Levetiracetamum, tabl. powl., 500, mg, 50 szt.	50 szt.	05909990971060
288	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, Levetiracetamum, tabl. powl., 250, mg, 50 szt.	50 szt.	05909990970957
289	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, Levetiracetamum, roztwór doustny, 100, mg/ml, 1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml	1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml	05909991374501
290	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, Levetiracetamum, roztwór doustny, 100, mg/ml, 1 but.po 150 ml + strz.po 1 ml	1 but.po 150 ml + strz.po 1 ml	05909991374518
291	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, Levetiracetamum, roztwór doustny, 100, mg/ml, 1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml	1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml	05909991361372
292	Levothyroxinum natricum	Letrox 100, Levothyroxinum natricum, tabl., 100, µg, 50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	05909990168910
293	Levothyroxinum natricum	Letrox 50, Levothyroxinum natricum, tabl., 50, µg, 50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	05909990374014
294	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 88 µg, Levothyroxinum natricum, tabl., 88, µg, 50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	05909990718986
295	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 112 µg, Levothyroxinum natricum, tabl., 112, µg, 50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	05909990719006
296	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 137 µg, Levothyroxinum natricum, tabl., 137, µg, 50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	05909990719037
297	Levothyroxinum natricum	Letrox 150, Levothyroxinum natricum, tabl., 150, µg, 50 szt.	50 szt.	05909990820610
298	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 25, Levothyroxinum natricum, tabl., 25, µg, 50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	05909991051112
299	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 25, Levothyroxinum natricum, tabl., 25, µg, 100 szt. (4 blist.po 25 szt.)	100 szt. (4 blist.po 25 szt.)	05909991051129
300	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 50, Levothyroxinum natricum, tabl., 50, µg, 50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	05909991051211
301	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 50, Levothyroxinum natricum, tabl., 50, µg, 100 szt. (4 blist.po 25 szt.)	100 szt. (4 blist.po 25 szt.)	05909991051228
302	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 75, Levothyroxinum natricum, tabl., 75, µg, 50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	05909991051310
303	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 75, Levothyroxinum natricum, tabl., 75, µg, 100 szt. (4 blist.po 25 szt.)	100 szt. (4 blist.po 25 szt.)	05909991051327
304	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, Levothyroxinum natricum, tabl., 100, µg, 50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	05909991051419
305	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, Levothyroxinum natricum, tabl., 100, µg, 100 szt. (4 blist.po 25 szt.)	100 szt. (4 blist.po 25 szt.)	05909991051426
306	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, Levothyroxinum natricum, tabl., 125, µg, 50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	05909991051518
307	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, Levothyroxinum natricum, tabl., 125, µg, 100 szt. (4 blist.po 25 szt.)	100 szt. (4 blist.po 25 szt.)	05909991051525
308	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, Levothyroxinum natricum, tabl., 150, µg, 50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	05909991051617
309	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, Levothyroxinum natricum, tabl., 150, µg, 100 szt. (4 blist.po 25 szt.)	100 szt. (4 blist.po 25 szt.)	05909991051624
310	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 175, Levothyroxinum natricum, tabl., 175, µg, 50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	05909991051716
311	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 200, Levothyroxinum natricum, tabl., 200, µg, 50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	05909991051815
312	Levothyroxinum natricum	Letrox 75 mikrogramów, Levothyroxinum natricum, tabl., 75, µg, 50 szt.	50 szt.	05909991107260
313	Levothyroxinum natricum	Letrox 125 mikrogramów, Levothyroxinum natricum, tabl., 125, µg, 50 szt.	50 szt.	05909991107307
314	Methylprednisolonum	Depo-Medrol, Methylprednisolonum, zawiesina do wstrzykiwań, 40, mg/ml, 1 fiol.po 1 ml	1 fiol.po 1 ml	05909990154814
315	Methylprednisolonum	Metypred, Methylprednisolonum, tabl., 4, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990316519
316	Methylprednisolonum	Metypred, Methylprednisolonum, tabl., 16, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990316618
317	Methylprednisolonum	Medrol, Methylprednisolonum, tabl., 4, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990683123
318	Methylprednisolonum	Medrol, Methylprednisolonum, tabl., 16, mg, 50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990683215
319	Methylprednisolonum	Meprelon, Methylprednisolonum, tabl., 4, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990834501
320	Methylprednisolonum	Meprelon, Methylprednisolonum, tabl., 16, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990835539

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
321	Methylprednisolonum	Meprelon, Methylprednisolonum, tabl., 8, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990834464
322	Methylprednisolonum + Lidocainum	Depo-Medrol z Lidokainą, Methylprednisolonum + Lidocainum, zawiesina do wstrzykiwań, 40+10, mg/ml, 1 fiol.po 1 ml	1 fiol.po 1 ml	05909990236312
323	Metoprololi tartras	Metocard, Metoprololi tartras, tabl., 50, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990034420
324	Metoprololum	Metocard, Metoprololum, tabl., 100, mg, 30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990034529
325	Mometasonum	Asmanex Twisthaler, Mometasonum, proszek do inhalacji, 400, µg/dawkę, 1 poj.po 60 daw.	1 poj.po 60 daw.	05909991106638
326	Montelukastum	Monkasta, Montelukastum, tabl. powl., 10, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990671243
327	Montelukastum	Milukante, Montelukastum, tabl. do rozgryzania i żucia, 5, mg, 28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990668120
328	Montelukastum	Milukante, Montelukastum, tabl. powl., 10, mg, 28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990668137
329	Montelukastum	Milukante, Montelukastum, tabl. do rozgryzania i żucia, 4, mg, 28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990668144
330	Montelukastum	Monkasta, Montelukastum, tabl. do rozgryzania i żucia, 5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990662647
331	Montelukastum	Monkasta, Montelukastum, tabl. do rozgryzania i żucia, 4, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990662685
332	Montelukastum	Astmodil, Montelukastum, tabl. powl., 10, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990881734
333	Montelukastum	Astmodil, Montelukastum, tabl. do rozgryzania i żucia, 5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990881772
334	Montelukastum	Astmodil, Montelukastum, tabl. do rozgryzania i żucia, 4, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990881758
335	Montelukastum	Montelukast Sandoz, Montelukastum, tabl. do rozgryzania i żucia, 4, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990803743
336	Montelukastum	Montelukast Sandoz, Montelukastum, tabl. do rozgryzania i żucia, 5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990803767
337	Montelukastum	Montelukast Sandoz, Montelukastum, tabl. powl., 10, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990780266
338	Montelukastum	Promonta, Montelukastum, tabl. do rozgryzania i żucia, 4, mg, 28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990671052
339	Montelukastum	Promonta, Montelukastum, tabl. do rozgryzania i żucia, 5, mg, 28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990671076
340	Montelukastum	Promonta, Montelukastum, tabl. powl., 10, mg, 28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990671090
341	Montelukastum	Montelukast Bluefish, Montelukastum, tabl. powl., 10, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990871858
342	Montelukastum	Montelukast Bluefish, Montelukastum, tabl. do rozgryzania i żucia, 4, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990871650
343	Montelukastum	Montelukast Bluefish, Montelukastum, tabl. do rozgryzania i żucia, 5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990871766
344	Montelukastum	Romilast, Montelukastum, tabl. do rozgryzania i żucia, 4, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991007263
345	Montelukastum	Romilast, Montelukastum, tabl. do rozgryzania i żucia, 5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991007270
346	Montelukastum	Romilast, Montelukastum, tabl. powl., 10, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991007300
347	Montelukastum	Montelukast Sandoz, Montelukastum, tabl. powl., 10, mg, 60 szt.	60 szt.	05907626703481
348	Montelukastum	Orilukast, Montelukastum, tabl. do rozgryzania i żucia, 4, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990893188
349	Montelukastum	Orilukast, Montelukastum, tabl., 10, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990893294
350	Montelukastum	Asmenol, Montelukastum, tabl. powl., 10, mg, 28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990670758
351	Montelukastum	Orilukast, Montelukastum, tabl. do rozgryzania i żucia, 5, mg, 28 szt.	28 szt.	05909990893263
352	Montelukastum	Montelukast Medreg, Montelukastum, tabl. powl., 10, mg, 28 szt.	28 szt.	05909991329235
353	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, Nadroparinum calcicum, roztwór do wstrzykiwań, 9500, j.m. Axa/ml, 10 amp.-strz.po 1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990075829
354	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, Nadroparinum calcicum, roztwór do wstrzykiwań, 2850, j.m. Axa/0,3 ml, 10 amp.-strz.po 0,3 ml	10 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990075621
355	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, Nadroparinum calcicum, roztwór do wstrzykiwań, 5700, j.m. Axa/0,6 ml, 10 amp.-strz.po 0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990075720
356	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, Nadroparinum calcicum, roztwór do wstrzykiwań, 3800, j.m. Axa/0,4 ml, 10 amp.-strz.po 0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990716821
357	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, Nadroparinum calcicum, roztwór do wstrzykiwań, 7600, j.m. Axa/0,8 ml, 10 amp.-strz.po 0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990716920

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
358	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, Nadroparinum calcicum, roztwór do wstrzykiwań, 11400, j.m. Axa/0,6 ml, 10 amp.-strz.po 0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990836932
359	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, Nadroparinum calcicum, roztwór do wstrzykiwań, 15200, j.m. AXa/0,8 ml, 10 amp.-strz.po 0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990837038
360	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, Nadroparinum calcicum, roztwór do wstrzykiwań, 19000, j.m. Axa/ml, 10 amp.-strz.po 1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990837137
361	Oxcarbazepinum	Trileptal, Oxcarbazepinum, zawiesina doustna, 60, mg/ml, 250 ml	250 ml	05909990747115
362	Oxcarbazepinum	Trileptal, Oxcarbazepinum, tabl. powl., 300, mg, 50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990825615
363	Oxcarbazepinum	Trileptal, Oxcarbazepinum, tabl. powl., 600, mg, 50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990825714
364	Oxcarbazepinum	Karbagen, Oxcarbazepinum, tabl. powl., 150, mg, 50 szt.	50 szt.	05909990048809
365	Oxcarbazepinum	Karbagen, Oxcarbazepinum, tabl. powl., 300, mg, 50 szt.	50 szt.	05909990048823
366	Oxcarbazepinum	Karbagen, Oxcarbazepinum, tabl. powl., 600, mg, 50 szt.	50 szt.	05909990048854
367	Oxcarbazepinum	Oxepilax, Oxcarbazepinum, tabl., 300, mg, 50 szt.	50 szt.	05909991057480
368	Oxcarbazepinum	Oxepilax, Oxcarbazepinum, tabl., 600, mg, 50 szt.	50 szt.	05909991057497
369	Oxcarbazepinum	Oxcarbazepin NeuroPharma, Oxcarbazepinum, tabl. powl., 150, mg, 50 tabl.	50 tabl.	05909991303518
370	Oxcarbazepinum	Oxcarbazepin NeuroPharma, Oxcarbazepinum, tabl. powl., 300, mg, 50 tabl.	50 tabl.	05909991300661
371	Oxcarbazepinum	Oxcarbazepin NeuroPharma, Oxcarbazepinum, tabl. powl., 600, mg, 50 tabl.	50 tabl.	05909991300739
372	Prednisolonum	Encortolon, Prednisolonum, tabl., 5, mg, 20 szt.	20 szt.	05909990170715
373	Prednisolonum	Predasol, Prednisolonum, tabletki, 20, mg, 20 tabl.	20 tabl.	05909991356712
374	Prednisolonum	Encortolon, Prednisolonum, tabl., 5, mg, 20 szt.	20 szt.	05904374007946
375	Prednisonum	Encorton, Prednisonum, tabl., 1, mg, 20 szt.	20 szt.	05909990170616
376	Prednisonum	Encorton, Prednisonum, tabl., 10, mg, 20 szt.	20 szt.	05909990405312
377	Prednisonum	Encorton, Prednisonum, tabl., 20, mg, 20 szt.	20 szt.	05909990405411
378	Prednisonum	Encorton, Prednisonum, tabl., 5, mg, 20 szt.	20 szt.	05909990641185
379	Prednisonum	Encorton, Prednisonum, tabl., 5, mg, 100 szt.	100 szt.	05909990641192
380	Prednisonum	Encorton, Prednisonum, tabl., 1, mg, 20 szt.	20 szt.	05909991289416
381	Progesteronum	Luteina 50, Progesteronum, tabl. podjęzykowe, 50, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990267422
382	Progesteronum	Luteina, Progesteronum, tabl. dopochwowe, 50, mg, 30 szt.	30 szt.	05909990569380
383	Progesteronum	Luteina, Progesteronum, tabl. dopochwowe, 100, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991076207
384	Progesteronum	Luteina, Progesteronum, tabl. dopochwowe, 100, mg, 60 tabl.	60 tabl.	05909991103231
385	Progesteronum	Luteina, Progesteronum, tabl. dopochwowe, 200, mg, 30 szt.	30 szt.	05909991076238
386	Progesteronum	Luteina 50, Progesteronum, tabl. podjęzykowe, 50, mg, 30 szt.	30 szt.	05906414002355
387	Salbutamolum	Salbutamol Hasco, Salbutamolum, syrop, 2, mg/5 ml, 1 but.po 100 ml	1 but.po 100 ml	05909990317516
388	Salbutamolum	Ventolin, Salbutamolum, aerozol wziewny, zawiesina, 100, µg/dawkę inhalacyjną, 1 poj.po 200 daw.	1 poj.po 200 daw.	05909990442010
389	Salbutamolum	Ventolin, Salbutamolum, płyn do inhalacji z nebulizatora, 1, mg/ml, 20 amp.po 2,5 ml	20 amp.po 2,5 ml	05909990454013
390	Salbutamolum	Ventolin, Salbutamolum, płyn do inhalacji z nebulizatora, 2, mg/ml, 20 amp.po 2,5 ml	20 amp.po 2,5 ml	05909990454112
391	Salbutamolum	Sabumalin, Salbutamolum, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 100, µg/dawkę, 1 poj.po 8,5 g (200 daw.)	1 poj.po 8,5 g (200 daw.)	05909990764150
392	Salbutamolum	Buventol Easyhaler, Salbutamolum, proszek do inhalacji, 100, µg/dawkę, 200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochronny)	200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochronny)	05909991106928
393	Salbutamolum	Buventol Easyhaler, Salbutamolum, proszek do inhalacji, 200, µg/dawkę, 200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochronny)	200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochronny)	05909991107826
394	Salbutamolum	Aspulmo, Salbutamolum, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 100, µg/dawkę, 1 poj.a 200 dawek (10 ml)	1 poj.a 200 dawek (10 ml)	05909990848065

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
395	Salmeterolum	Serevent Dysk, Salmeterolum, proszek do inhalacji, 50, µg/dawkę inhalacyjną, 1 poj.po 60 daw.	1 poj.po 60 daw.	05909990437825
396	Salmeterolum	Serevent, Salmeterolum, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 25, µg/dawkę inhalacyjną, 1 szt. (1 szt.po 120 daw.)	1 szt. (1 szt.po 120 daw.)	05909990623099
397	Salmeterolum	Pulmoterol, Salmeterolum, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50, µg/dawkę inhalacyjną, 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) + inh.	60 szt. (6 blist.po 10 szt.) + inh.	05909991109424
398	Salmeterolum	Pulmoterol, Salmeterolum, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50, µg/dawkę inhalacyjną, 90 szt. (9 blist.po 10 szt.) + inhalator	90 szt. (9 blist.po 10 szt.) + inhalator	05909991109431
399	Salmeterolum	Pulveril, Salmeterolum, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 25, µg/dawkę, 120 dawek	120 dawek	05909990867653
400	Salmeterolum	Pulmoterol, Salmeterolum, proszek do inhalacji w kapsułkach twardych, 50, µg, 120 szt. (12 blist.po 10 szt. + inhalator)	120 szt. (12 blist.po 10 szt. + inhalator)	05909991206390