

Rekomendacja nr 76/2025 z dnia 26 czerwca 2025 r.
Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
w sprawie oceny leku Cibinqo (abrocycynib), w ramach programu lekowego
B.124 „Leczenie chorych z atopowym zapaleniem skóry (ICD-10: L20)”

Prezes Agencji rekomenduje objęcie refundacją produktu leczniczego Cibinqo (abrocycynib), w ramach programu lekowego B.124 „Leczenie chorych z atopowym zapaleniem skóry [AZS] (ICD-10: L20)” w istniejącej grupie limitowej z bezpłatnym poziomem odpłatności wyłącznie w grupie młodzieży w wieku 12-17 lat z ciężką postacią AZS **pod warunkiem** pogłębienia instrumentu dzielenia ryzyka obniżającego koszty ocenianej technologii o co najmniej 26%.

Prezes Agencji nie rekomenduje objęcia refundacją produktu leczniczego Cibinqo (abrocycynib), w ramach programu lekowego B.124 „Leczenie chorych z atopowym zapaleniem skóry (ICD-10: L20)” w populacji młodzieży w wieku 12-17 lat i dorosłych z umiarkowaną postacią AZS.

Uzasadnienie rekomendacji

Problem decyzyjny dotyczy oceny zasadności rozszerzenia zakresu refundacji abrocycynibu [ABR] w programie B.124 [PL]. Wniosek dotyczy rozszerzenia dostępności ABR wyłącznie z populacji dorosłych pacjentów z ciężką postacią na dostępność od 12 roku życia z AZS w postaciach od umiarkowanej do ciężkiej. Abrocycynib jest lekiem biologicznym, inhibitorem kinazy janusowej [JAKi]. Populację docelową stanowią pacjenci od 12 r.ż. z umiarkowaną do ciężkiej postacią AZS, rozumianego jako EASI ≥ 16 . Aktualnie chorzy z umiarkowaną postacią (EASI ≥ 16 , < 20) mają dostęp do leczenia z wykorzystaniem emolientów, immunosupresji zarówno w postaci kortykosteroidów miejscowych jak i systemowych oraz innych terapii według uznania lekarza prowadzącego. Pacjenci z ciężką postacią AZS mogą skorzystać z leczenia cyklosporyną, azatiopryną, metotreksatem w refundacji aptecznej. W programie lekowym skierowanym na leczenie ciężkiej postaci, poza ABR i barycycynibem (również JAKi) jest również refundowane leczenie od 6. m.ż. z wykorzystaniem dupilumabu ([DUP]; blokuje szlak IL-4/IL-13), a po ukończeniu 12. r.ż. upadacycynibem ([UPA]; również JAKi), tralokinumabem ([TRL]; blokuje IL-13) oraz od lipca 2025 r. lebrykizumabem (blokuje IL-13). Leczenie AZS z wykorzystaniem technologii biologicznych polega na dołączeniu ich do leczenia standardowego – terapii *add-on*.

Ocena skuteczności klinicznej i bezpieczeństwa stosowania wnioskowanej technologii opiera się na bezpośrednim porównaniu w RCT względem terapii standardowej [SoC] oraz pośrednich porównaniach z aktywnymi komparatorami. Biorąc pod uwagę dostępne dane w zakresie bardziej rygorystycznej względem założeń programu lekowego odpowiedzi na leczenie EASI-75 można przyjąć, że ABR jako terapia dodana może dostarczać dodatkowych efektów zdrowotnych względem stosowania wyłącznie SoC, w populacji z AZS o nasileniu od umiarkowanego do ciężkiego. Porównania pośrednie dla populacji o ciężkim nasileniu względem innych ukierunkowanych terapii aktywnych UPA, DUP i TRL nie wskazują na istotne statystycznie zwiększenie szansy uzyskania tego punktu końcowego. Jako główne ograniczenie należy wskazać ograniczoną wiarygodność danych z porównań pośrednich. Nie przedstawiono odrębnych analiz skuteczności dla postaci umiarkowanej i ciężkiej w procedowanych grupach wiekowych. Dodatkowo, punkt końcowy właściwy do oceny skuteczności w programie lekowym (EASI-50 + 4 pkt. poprawy jakości życia) nie odpowiada punktom końcowym określonym w badaniach.

Analiza użyteczności kosztów wskazuje na efektywność ABR+SoC względem SoC w populacji młodzieży w wieku 12-17 lat i dorosłych z umiarkowaną postacią AZS. Oszacowania dla populacji z ciężką postacią wskazują, że byłaby to technologia znacznie droższa względem UPA oraz tańsza od DUP i TRL. Wydatki płatnika publicznego w ciągu pierwszych dwóch lat obowiązywania decyzji uległyby wzrostowi o ponad [REDAKTOWANO] zł.

W opinii niemieckiej G-Ba wskazano na brak możliwości wnioskowania o skuteczności w populacji młodzieży względem DUP. Stanowisko francuskie (HAS) wskazuje na całkowity brak dodatkowych korzyści wobec dostępnych systemowo opcji w populacji młodzieży. Populację dorosłych zawężono do pacjentów z udokumentowanym niepowodzeniem, nietolerancją bądź przeciwwskazaniami do leczenia cyklosporyną. Konieczność obniżenia ceny wskazano w ocenie ciał doradczych z Kanady (CADTH, wskazano na konieczność obniżenia ceny o ponad 50%), Wielkiej Brytanii (NICE) oraz Szkocji (SMC). Irlandzka instytucja (NCPE) przedstawiła negatywne rozstrzygnięcie ze względów na zaproponowane warunki finansowe.

Prezes Agencji, uwzględniając Stanowisko Rady Przejrzystości, mając na uwadze wszystkie powyższe aspekty, uważa za zasadne finansowanie abrocytynibu w populacji z ciężką postacią AZS w wieku 12-17 lat, po pogłębieniu instrumentu podziału ryzyka z uwagi na wysokie koszty leczenia. Jednocześnie, ze względu na znaczące ograniczenia wnioskowania nie rekomenduje objęcia refundacją abrocytynibu w populacji pacjentów z umiarkowaną postacią AZS.

Przedmiot wniosku

Zlecenie Ministra Zdrowia dotyczy oceny zasadności finansowania ze środków publicznych produktów leczniczych: Cibinqo (abrocytynib), tabl. pow., 28 tabl. po 200 mg, GTIN: 05415062384572 (cena zbytu netto [CZN] [REDAKTOWANO] zł); po 100 mg, GTIN: 05415062384565: (CZN [REDAKTOWANO] zł) oraz po 50 mg, GTIN: 05415062384558 (CZN [REDAKTOWANO] zł) w ramach programu lekowego B.124 „Leczenie chorych z atopowym zapaleniem skóry (ICD-10: L20)”. Proponowana odpłatność: bezpłatnie, w istniejącej grupie limitowej.

Problem zdrowotny

Atopowe zapalenie skóry (ICD-10 L20) to zapalna przewlekła lub przewlekłe nawracająca, niezakaźna choroba skóry, występująca często rodzinnie, zajmująca naskórek i skórę właściwą, cechująca się silnym, uporczywym świądem i typowym umiejscowieniem zmian wypryskowych na skórze. Cechuje się trudnym do określenia rokowaniem. Do niekorzystnych czynników zalicza się wczesny początek objawów i rozległe zmiany we wczesnym wieku, współistniejący alergiczny nieżyt nosa lub astma, wyprysk atopowy w wywiadzie rodzinnym oraz stale sucha i swędząca skóra u dorosłych.

Według danych NFZ liczba pacjentów (unikalne numery PESEL) z rozpoznaniem głównym i/lub współistniejącym ICD-10: L20 w wieku poniżej 18 lat w latach 2019-2023 wahała się od 262 tys. do 306 tys., natomiast w wieku powyżej 18 lat liczba pacjentów wynosiła od 158 tys. do 191 tys. Program B.124 został wprowadzony 1 listopada 2021 r., pierwsze podanie leku zostało sprawozdane 21 listopada 2022 r., czyli ponad rok od decyzji refundacyjnej. Do końca pierwszej połowy 2024 r. z leczenia w programie skorzystało 1 643 pacjentów, za łączną kwotę z tytułu finansowania leków na poziomie 63,88 mln zł. W lipcu 2025 r. wprowadzono lebrykizumab, a poprzednie rozszerzenie portfolio leków miało miejsce w listopadzie 2023 roku.

Alternatywna technologia medyczna

Biorąc pod uwagę wytyczne kliniczne oraz technologie lekowe aktualnie finansowane ze środków publicznych, komparatorem dla wnioskowanej technologii w populacji z AZS w stadium umiarkowanym jest terapia standardowa, na którą składa się stosowanie miejscowo działających emolientów, immunosupresja zarówno w postaci kortykosteroidów miejscowych jak i systemowych. Populacja z ciężką postacią jest zaopatrzona w leczenie z wykorzystaniem cyklosporyny, azatiopryny, metotreksatu oraz leczenia naświetlaniami promieniami ultrafioletowymi. Ponadto w populacji w wieku 12-17 lat z AZS o nasileniu ciężkim komparatorami są technologie dostępne w programie

lekowym, czyli dupilumab, upadacytinib, tralokinumab. Zgodnie z najnowszym obwieszczeniem dodatkowym komparatorem będzie lebrykizumab.

Opis wnioskowanego świadczenia

Abrocycytynib jest inhibitorem kinazy janusowej 1. Kinazy janusowe (JAK) są wewnątrzkomórkowymi enzymami uczestniczącymi w przekazywaniu sygnałów wynikających z interakcji cytokin lub receptorów czynników wzrostu na błonie komórkowej, co wpływa na komórkowe procesy hematopoezy i funkcjonowania komórek odpornościowych. Działanie kinaz JAK polega na fosforylacji i aktywacji białek będących przetwornikami sygnału i aktywatorów transkrypcji [STAT], które modulują aktywność wewnątrzkomórkową, w tym ekspresję genów. Hamowanie JAK1 moduluje szlaki sygnałowe poprzez zapobieganie fosforylacji i aktywacji białek STAT. Znaczenie selektywnego hamowania enzymatycznego określonych enzymów JAK, które miałyby wpływ na efekt kliniczny, nie jest obecnie znane.

Zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL), Cibinqo jest wskazany w leczeniu atopowego zapalenia skóry o nasileniu od umiarkowanego do ciężkiego u pacjentów dorosłych oraz młodzieży w wieku 12 lat i starszej, którzy kwalifikują się do leczenia ogólnoustrojowego. W związku z czym, wnioskowane wskazanie zawiera się we wskazaniu rejestracyjnym.

Ocena skuteczności (klinicznej oraz praktycznej) i bezpieczeństwa

Oceniono skuteczność i bezpieczeństwo ABR+SoC w leczeniu pacjentów ze wskazaniem określonym jak we wniosku względem SoC w porównaniu bezpośrednim – JADE TEEN – prospektywne randomizowane, podwójnie zaślepione badanie III fazy, w populacji młodzieży w wieku 12-17 lat z umiarkowaną do ciężkiej postacią AZS). Włączone do analizy RCT zostało ocenione przez wnioskodawcę jako niosące niskie ryzyko błędu systematycznego wg narzędzia RoB2 Cochrane. Przeprowadzono również metaanalizę sieciową dla porównania z UPA, DUP, TRL. Ze względu na aktualne brzmienie programu lekowego w odniesieniu do oceny skuteczności, rozumianej jako osiągnięcie EASI-50¹ + 4 pkt. poprawy jakości życia w rekomendacji nie było możliwe przedstawienie wyników dla takiego punktu końcowego. W związku z czym przedstawiono wyniki dla bardziej rygorystycznego punktu końcowego, dla którego były dostępne dane porównawcze, czyli EASI-75².

Szczegółowe opisy badań zostały przedstawione w Analizie Klinicznej wnioskodawcy oraz w Analizie Weryfikacyjnej Agencji (AWA).

Skuteczność

EASI-75

- populacja pacjentów w wieku 12-17 lat z umiarkowaną do ciężkiej postacią AZS [OR (95% CI)]:
 - 3,63 (1,97; 6,70) vs SoC; wynik bardziej korzystny, istotność statystyczna;
- populacja pacjentów w wieku 12-17 lat z ciężką postacią AZS [OR_{RANDOM} (95% CrI)]:
 - 0,22 (0,00; 27,99) vs DUP; wynik mniej korzystny, brak istotności statystycznej;
 - 0,38 (0,01; 21,98) vs UPA; wynik mniej korzystny, brak istotności statystycznej;
 - 0,62 (0,01; 71,4) vs TRL; wynik mniej korzystny, brak istotności statystycznej.

Wyniki dla pozostałych punktów końcowych zostały przedstawione w AWA.

Bezpieczeństwo

W zakresie ryzyka zdarzeń niepożądanych dla ABR+SoC nie odnotowano żadnych istotnych statystycznie różnic względem zarówno SoC w RCT jak i UPA, DUP, TRL w porównaniu pośrednim.

¹ poprawa o 50% wyników oceny wg skali stopnia zaawansowania choroby

² poprawa o 75% wyników oceny wg skali stopnia zaawansowania choroby

Dodatkowa analiza skuteczności i bezpieczeństwa

ChPL Cibingo

Najczęściej zgłaszane działania niepożądane to: nudności (15,1%), ból głowy (7,9%), trądzik (4,8%), opryszczka zwykła (4,2%), zwiększenie aktywności fosfokinazy kreatynowej we krwi (3,8%), wymioty (3,5%), zawroty głowy (3,4%) i ból w nadbrzuszu (2,2%). Najczęstsze ciężkie działania niepożądane to zakażenia (0,3%) U pacjentów leczonych abrocytynibem zgłaszano przypadki ciężkich zakażeń. Najczęstszymi ciężkimi zakażeniami w badaniach klinicznych były opryszczka zwykła, półpasiec i zapalenie płuc. Ze względu na ogólnie większą częstość zakażeń u osób w podeszłym wieku i pacjentów z cukrzycą, podczas ich leczenia należy zachować ostrożność. U pacjentów w wieku 65 lat i starszych abrocytynib należy stosować tylko wtedy, gdy nie są dostępne odpowiednie alternatywne metody leczenia.

Ograniczenia oceny klinicznej

- Analiza kliniczna nie referuje do punktów oceny skuteczności zdefiniowanych zgodnie z brzmieniem funkcjonującego programu lekowego oraz okresu monitorowania.
- Ze względu na ograniczenia dostępności do danych oraz założenia badania klinicznego nie przeprowadzono analizy klinicznej w predefiniowanych populacjach ze względu na stopień ciężkości AZS.
- Brak bezpośrednich porównań z aktywnymi komparatorami (UPA, DUP, TRL oraz objętym refundacją lebrykizumabem).
- Ograniczona wiarygodność przedstawionej metaanalizy sieciowej – brak homogennego materiału klinicznego, heterogeniczność metodyczna.
- Nieliczne doniesienia odnośnie do skuteczności w warunkach rzeczywistej praktyki klinicznej.

Propozycje instrumentów dzielenia ryzyka

Zaproponowano instrument dzielenia ryzyka. [REDACTED]

Ocena ekonomiczna, w tym szacunek kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych

Wnioskodawca przeprowadził analizę użyteczności kosztów (CUA) w dożywotnym horyzoncie czasowym (100 lat), z perspektywy płatnika publicznego, czyli Narodowego Funduszu Zdrowia [NFZ] względem SoC w populacji z postacią umiarkowaną oraz analizę minimalizacji kosztów w populacji z postacią ciężką. Uwzględniono koszty leków i ich podania, monitorowania.

Wyniki analizy podstawowej w podziale na subpopulacje [z RSS]

- populacja z umiarkowaną postacią AZS; młodzież:
wykazana efektywność kosztowa; +0,54 QALY; ICUR [REDACTED] zł/QALY; 65% prawd. w AW³;
- populacja z umiarkowaną postacią AZS; dorośli:
wykazana efektywność kosztowa; +0,74 QALY; ICUR [REDACTED] zł/QALY; 74% prawd. w AW;
- populacja z ciężką postacią AZS, młodzież:
tańszy o [REDACTED] zł względem DUP;
tańszy o [REDACTED] zł względem TRL;
droższy o [REDACTED] zł względem UPA.

Oszacowania Agencji

Roczny koszt stosowania ABR+SoC względem DUP, TRL, UPA również dodawanych do SoC, z uwzględnieniem rzeczywistych RSS dla komparatorów, jest niższy o [REDACTED]% względem TRL; [REDACTED]% względem DUP oraz wyższy o [REDACTED]% względem UPA.

³ probabilistyczna analiza wrażliwości

Ograniczenia oceny ekonomicznej

- Dane dotyczące skuteczności abrocytynibu pochodzą z badań dla szerszej populacji niż oceniana tj. populacji z postacią umiarkowaną i ciężką AZS łącznie, co ogranicza wnioskowanie.
- Należy mieć na uwadze również brak wiarygodnych danych dotyczących wykorzystania kolejnych linii leczenia AZS, czego nie modelowano w analizie CUA.

Wskazanie czy zachodzą okoliczności, o których mowa w art. 13 ust. 3 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 930 z późn. zm.)

Zachodzą okoliczności opisane w art. 13 ust. 3 ustawy o refundacji. Komparatorem o najlepszym stosunku kosztów do efektów jest upadacytynib. Oszacowana cena zbytu netto wynikająca ze zrównania kosztów względem UPA wynosi [REDAKTOWANO] zł za opk. po 200 mg.

Ocena wpływu na system ochrony zdrowia, w tym wpływu na budżet płatnika publicznego

Wyniki analizy wpływu na budżet wnioskodawcy zostały przedstawione w dwuletnim horyzoncie czasowym z perspektywy płatnika publicznego (NFZ). W analizie uwzględniono koszty tożsame z uwzględnionymi w analizie ekonomicznej.

Wnioskodawca oszacował liczbę pacjentów stosujących wnioskowaną technologię w scenariuszu nowym w zależności od zaawansowania AZS oraz grupy wiekowej:

- w populacji dorosłych z umiarkowaną postacią AZS na:
 - [REDAKTOWANO] (MIN: [REDAKTOWANO]; MAX: [REDAKTOWANO]) oraz [REDAKTOWANO] (MIN: [REDAKTOWANO]; MAX: [REDAKTOWANO]) odpowiednio w I i II roku;
- w populacji młodzieży z umiarkowaną postacią AZS na:
 - [REDAKTOWANO] (MIN: [REDAKTOWANO]; MAX: [REDAKTOWANO]) oraz [REDAKTOWANO] (MIN: [REDAKTOWANO]; MAX: [REDAKTOWANO]) odpowiednio w I i II roku;
- w populacji młodzieży z ciężką postacią AZS na:
 - [REDAKTOWANO] (MIN: [REDAKTOWANO]; MAX: [REDAKTOWANO]) oraz [REDAKTOWANO] (MIN: [REDAKTOWANO]; MAX: [REDAKTOWANO]) odpowiednio w I i II roku.

Wyniki analizy podstawowej wnioskodawcy z RSS wskazują, że objęcie refundacją wnioskowanej technologii może wiązać się ze zwiększeniem wydatków płatnika [mln zł]:

- w populacji dorosłych z umiarkowaną postacią AZS o:
 - [REDAKTOWANO] (MIN: [REDAKTOWANO]; MAX: [REDAKTOWANO]) oraz [REDAKTOWANO] (MIN: [REDAKTOWANO]; MAX: [REDAKTOWANO]) odpowiednio w I i II roku;
- w populacji młodzieży z umiarkowaną postacią AZS o:
 - [REDAKTOWANO] (MIN: [REDAKTOWANO]; MAX: [REDAKTOWANO]) oraz [REDAKTOWANO] (MIN: [REDAKTOWANO]; MAX: [REDAKTOWANO]) odpowiednio w I i II roku;
- w populacji młodzieży z ciężką postacią AZS o:
 - [REDAKTOWANO] (MIN: [REDAKTOWANO]; MAX: [REDAKTOWANO]) oraz [REDAKTOWANO] (MIN: [REDAKTOWANO]; MAX: [REDAKTOWANO]) odpowiednio w I i II roku.

Koszty abrocytynibu wyniosą łącznie [REDAKTOWANO] mln zł odpowiednio w I i II roku.

Poza wariantami populacyjnymi analiza wrażliwości dotyczyła alternatywnego sposobu dawkowania. Warianty te nie zmieniły wnioskowania odnośnie dodatkowego wpływu na budżet.

Ograniczenia oceny wpływu na budżet

Największy zakres niepewności dotyczy liczebności przyszłej populacji. Należy również wskazać, że objęcie refundacją lebrykizumabu może mieć wpływ na udziały rynku substancji czynnych w przedmiotowym programie.

Uwagi do proponowanego instrumentu dzielenia ryzyka

Proponowany instrument dzielenia ryzyka zakłada [REDAKTOWANO]. Warto zwrócić uwagę, że w innych aktualnie funkcjonujących decyzjach wnioskowane produkty mają zawarte [REDAKTOWANO].

Uwagi do programu lekowego

Ze względu na konstrukcję badań klinicznych dla abrocytynibu sekcja opisu programu lekowego związana z badaniami diagnostycznymi w punkcie 2. powinna być zmodyfikowana. Aktualnie monitorowanie leczenia odbywa się po 16 tyg. a następnie co ok. 12 tyg., z kolei ocena skuteczności

jest dokonywana po 16 tyg., następnie po kolejnych 10 tyg. i w dalszej kolejności nie rzadziej niż co kolejne 24 tyg. terapii. W przypadku terapii lekiem Cibinqo ocena skuteczności i monitorowanie leczenia powinno być przeprowadzone po 12 tyg., czyli w okresie analogicznym do uzyskanych danych w badaniu klinicznym. Monitorowanie skuteczności powinno być przeprowadzane cyklicznie w możliwie krótkim okresie.

Omówienie rozwiązań proponowanych w analizie racjonalizacyjnej

Nie dotyczy.

Omówienie rekomendacji w odniesieniu do ocenianej technologii

Wszystkie wytyczne kliniczne zgodnie wskazują, iż leczenie rozpoczyna się od stosowania emolientów. W przypadku braku odpowiedzi zarówno w postaci umiarkowanej jak i ciężkiej włącza się następnie immunosupresję miejscową i fototerapię (jeśli jest taka możliwość, ze względu na słabą dostępność). Przy dalszym braku efektu włącza się immunosupresję systemową, a w dalszym wyborze leczenie biologiczne. Należy zaznaczyć, że polskie wytyczne wskazują leczenie cyklosporyną tylko w postaci ciężkiej. Niektóre dokumenty wymieniają wśród zalecanych terapię psychologiczną lub psychiatryczną. Oceny refundacyjne nie są jednoznaczne, odnaleziono 8 dokumentów, w których wskazuje się głównie na warunkowo pozytywne rozstrzygnięcia związane z zawężeniem populacji docelowej oraz znaczącą redukcją ceny (o ponad 50%). W opinii niemieckiej instytucji wskazano na brak możliwości wnioskowania o skuteczności w populacji młodzieży względem DUP. Stanowisko francuskiej instytucji wskazuje na całkowity brak dodatkowych korzyści wobec dostępnych systemowo opcji – V klasa ASMR w populacji młodzieży. Populację dorosłych zawężono do pacjentów z udokumentowanym niepowodzeniem, nietolerancją bądź przeciwwskazaniami do leczenia cyklosporyną. Konieczność obniżenia ceny wskazano w ocenie ciał doradczych z Kanady, Wielkiej Brytanii oraz Szkocji. Irlandzka instytucja przedstawiła negatywne rozstrzygnięcie ze względów na warunki finansowe.

Wnioskowana technologia jest finansowana w 21 na 30 wskazanych krajów UE i EFTA.

ZASTĘPCA PREZESA

Anna Kowalczyk

/dokument podpisany elektronicznie/

Piśmiennictwo

1. Stanowisko Rady Przejrzystości nr 70/2025 z dnia 9 czerwca 2025 roku w sprawie oceny leku Cibinqo (abrocytynib) w ramach programu lekowego B.124 „Leczenie chorych z atopowym zapaleniem skóry (ICD-10: L20)”.
2. Raport nr OT.423.1.12.2025 „Wniosek o objęcie refundacją leku Cibinqo (abrocytynib) w ramach programu lekowego: „Leczenie chorych z atopowym zapaleniem skóry (ICD-10: L20)”; Analiza weryfikacyjna; Data ukończenia: 28 maja 2025 r.

Podstawa przygotowania rekomendacji

Rekomendacja została przygotowana na podstawie zlecenia Ministra Zdrowia z dnia 21 marca 2025 r. (znak pisma: PLR.4500.150.2025.10.RBO PLR.4500.151.2025.9.RBO PLR.4500.152.2025.9.RBO) w sprawie oceny leków: Cibinqo, Abrocitinibum, tabletki powlekane, 200 mg, 28 tabl., GTIN: 05415062384572; Cibinqo, Abrocitinibum, tabletki powlekane, 100 mg, 28 tabl., GTIN: 05415062384565; Cibinqo, Abrocitinibum, tabletki powlekane, 50 mg, 28 tabl., GTIN: 05415062384558; w ramach programu lekowego B.124 „Leczenie chorych z atopowym zapaleniem skóry (ICD-10: L20)”, na podstawie art. 35 ust 1. ustawy z dnia 12 maja 2011 roku o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2024 r., poz. 930 z późn. zm.), po uzyskaniu Stanowiska Rady Przejrzystości.