



Stanowisko Rady Przejrzystości
nr 13/2026 z dnia 2 lutego 2026 roku
w sprawie oceny leku Diaflicx (dapagliflozinum) we wskazaniach
dot. cukrzycy typu 2, przewlekłej choroby nerek oraz objawowej
przewlekłej niewydolności serca

Rada Przejrzystości uznaje za niezasadne objęcie refundacją produktu leczniczego Diaflicx (dapagliflozinum), tabl. powł., 10 mg, 30 tabl., GTIN: 05903060625624, we wskazaniach:

- 1) cukrzyca typu 2 – u dorosłych pacjentów i dzieci w wieku 10 lat i starszych w leczeniu niewystarczająco kontrolowanej cukrzycy typu 2, jako leczenie wspomagające dietę i ćwiczenia fizyczne:*
 - w monoterapii, gdy stosowanie metforminy nie jest właściwe ze względu na brak tolerancji,*
 - w skojarzeniu z innymi produktami leczniczymi przyjmowanymi w leczeniu cukrzycy typu 2,*
- 2) leczenie przewlekłej choroby nerek u dorosłych,*
- 3) leczenie objawowej przewlekłej niewydolności serca u osób dorosłych.*

Uzasadnienie

Problem decyzyjny

Diaflicx jest produktem generycznym dla produktu leczniczego Forxiga (dapagliflozyna), oba leki są zarejestrowane w tożsamym wskazaniu. Zgodnie z wnioskiem refundacyjnym finansowanie ze środków publicznych leku Diaflicx ma dotyczyć wskazań dotąd nierefundowanych dla leku Forxiga. Dapagliflozyna jest inhibitorem kotransportera sodowo-glukozowego 2 (SGLT2), którego zahamowanie zmniejsza reabsorpcję glukozy ze światła cewek nerkowych. Hamując SGLT2 lek zwiększa wydalanie glukozy z moczem oraz zmniejsza jej stężenie we krwi. Poprawia kontrolę glikemii zarówno na czczo, jak i po posiłku. Poza tym hamowanie SGLT2 zmniejsza reabsorpcję sodu

i prowadzi do diurezy osmotycznej. Dzięki temu dapagliflozyna obniża ciśnienie krwi oraz zmniejsza obciążenie wstępne i obciążenie następne serca, co może korzystnie wpływać na przebudowę serca i czynność rozkurczową oraz zachowanie czynności nerek. Korzystny wpływ dapagliflozyny na serce i nerki nie ogranicza się do pacjentów z cukrzycą. Dapagliflozyna powoduje również zwiększenie wartości hematokrytu oraz zmniejszenie masy ciała. Poza SGLT2, dapagliflozyna nie hamuje innych transporterów glukozy ważnych dla transportu glukozy do tkanek peryferyjnych.

Zgodnie z przedłożonym wnioskiem refundowany dostęp do terapii z użyciem produktu Diafrix ma obejmować również populację pacjentów pediatrycznych (w wieku ≥ 10 lat) z cukrzycą typu 2 (CT2). Wniosek rozszerza populację docelową pacjentów dorosłych z CT2 o pacjentów stosujących ten lek w I linii leczenia, o pacjentów stosujących ten lek w monoterapii (w przypadku nietolerancji metforminy) oraz o chorych z ryzykiem sercowo-naczyniowym innym niż bardzo wysokie i pacjentów bez tego ryzyka. Diafrix jako lek refundowany będzie mógł być stosowany u wszystkich pacjentów z „niewystarczająco kontrolowaną CT2”. Lek ma być refundowany w terapii objawowej przewlekłej niewydolności serca u dorosłych pacjentów z objawami choroby w klasie I NYHA oraz u osób dorosłych w leczeniu przewlekłej niewydolności nerek stosujących ten lek w I linii leczenia bez dodatkowych zdrowotnych kryteriów wykluczających.

Alternatywnymi lekami dla leku generycznego Diafrix są dapagliflozyna (lek Forxiga, 30 tabl. 10 mg), empagliflozyna (lek Jardiance 28 tabl., 60 tabl. 10 mg) oraz kanagliflozyna (lek Invokana, 30 tabl., 100 mg). Leki te należą do grupy limitowej „251.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe – flozyny”. Wymienione flozyny są dostępne dla pacjentów przy udziale refundacji na poziomie 30%, bezpłatnie w ramach katalogu D2 (dla pacjentów 65+). Powyższe technologie są również dostępne pełnopłatnie na rynku otwartym we wskazaniach nierefundowanych.

Wnioskodawca zaproponował włączenie leku Diafrix (dapagliflozyna) do istniejącej grupy limitowej „251.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe – flozyny”.

Dowody naukowe

Cukrzyca:

W AWA przedstawiono 2 badania RCT: Henry 2012 – porównujące skuteczność i bezpieczeństwo dapagliflozyny oraz metforminy XR (o przedłużonym uwalnianiu) oraz ich połączenia jako początkowej terapii u pacjentów z cukrzycą typu 2 oraz badanie Nauck 2011, w którym porównywano skuteczność

i bezpieczeństwo stosowania dapagliflozyny z pochodną sulfonilomocznika (glipizydem) jako terapii dodanej do metforminy u pacjentów z cukrzycą typu 2, niewłaściwie kontrolowaną za pomocą monoterapii metforminą, a także 1 badanie obserwacyjne: Norhammar 2019, w którym oceniano bezpieczeństwo dapagliflozyny w warunkach rzeczywistej praktyki klinicznej.

Dla porównania DAPA+MET vs MET+PLC [Henry 2012], w 24 tyg. okresie obserwacji, wykazano istotne statystycznie różnice w zakresie redukcji poziomu hemoglobiny glikowanej (HbA1c): MD=-0,54 (95% CI: -0,75; -0,33; $p<0,0001$) oraz redukcji masy ciała: MD=-1,97 (95% CI: -2,64; -1,30; $p<0,0001$) względem wartości początkowych na korzyść wnioskowanej technologii.

Dla porównania DAPA+MET względem SU+MET [Nauck 2011] wykazano istotne statystycznie różnice względem wartości początkowych na korzyść wnioskowanej technologii w zakresie redukcji poziomu hemoglobiny glikowanej (HbA1c) – w 104 tygodniu badania (MD=-0,18 (95% CI: -0,33; -0,03; $p=0,0211$)) oraz po 208 tygodniach obserwacji (MD=-0,30 (95% CI: -0,51; -0,09)).

W grupie DAPA+MET w porównaniu z SU+MET stwierdzono istotnie statystycznie większą redukcję względem wartości początkowych w zakresie obniżenia poziomu ciśnienia skurczowego (dla najdłuższego okresu obserwacji, tj. 208 tyg.: MD=-3,9 (95% CI: -6,1; -1,7)), ciśnienia rozkurczowego dla 52 tyg. okresu obserwacji: MD=-1,2 (95% CI: -2,3; -0,2)) oraz redukcji masy ciała (dla najdłuższego okresu obserwacji, tj. 208 tyg.: MD=-4,38 (95% CI: -5,31; -3,46)). Na podstawie wyników badania Norhammar 2019 (badanie RWE) stwierdzono, iż dodanie DAPA do standardowo stosowanej terapii przeciwcukrzycowej (SoC) w porównaniu z samym SoC istotnie statystycznie zmniejszało ryzyko: hospitalizacji z powodu niewydolności serca (HHF) lub zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych (CV) o 21%, ryzyko HHF o 21%, ryzyko zgonu z powodu CV o 25% oraz ryzyko zgonu z jakiegokolwiek przyczyny o 37%.

Przewlekła niewydolność serca

Kluczowym ograniczeniem analizy klinicznej (AKL) jest brak badań RCT dotyczących bezpośredniej oceny efektywności wczesnego włączenia DAPA do standardowego leczenia niewydolności serca. Przedstawione badania RCT odnoszą się do oceny skuteczności DAPA jako samodzielnej terapii lub dołączenia jej do SoC, które było wdrożone wcześniej.

Ocenę wczesnego rozpoczęcia stosowania DAPA w skojarzeniu z terapią standardową oceniono na podstawie dwóch badań obserwacyjnych (Docherty 2025 oraz Severino 2025).

W badaniu Docherty 2025, opartym na modelowaniu statystycznym wykorzystującym rzeczywiste częstości zdarzeń i współczynniki ryzyka z badań klinicznych, oszacowano, że rozpoczęcie leczenia SGLT2i (dapagliflozyną/empagliflozyną) i/lub MRA już w momencie stwierdzenia podwyższonego NT-proBNP (≥ 400 pg/ml) mogłoby znacząco zmniejszyć liczbę hospitalizacji z powodu HF oraz zgonów z jakiejkolwiek przyczyny. Współczynniki ryzyka (HR) wykorzystane w modelu pochodziły z meta-analizy obejmującej wyniki czterech dużych randomizowanych badań klinicznych — dwóch z dapagliflozyną (DAPA-HF, DELIVER) oraz dwóch z empagliflozyną (EMPEROR-Reduced, EMPEROR-Preserved). Wyniki tej meta-analizy stanowiły podstawę do oszacowania efektu terapeutycznego całej klasy SGLT2i, przy założeniu jednorodności działania tych leków niezależnie od substancji czynnej.

W badaniu Severino 2025, obejmującym pacjentów hospitalizowanych z powodu niewydolności serca, wcześniejsze rozpoczęcie leczenia dapagliflozyną (w trakcie hospitalizacji) wiązało się z mniejszym ryzykiem zgonu sercowo-naczyniowego lub ponownej hospitalizacji z powodu HF w porównaniu z późniejszym wdrożeniem terapii. W podgrupie pacjentów z de novo HF wcześniejsze rozpoczęcie terapii dapagliflozyną podczas hospitalizacji skutkowało istotnie niższym ryzykiem wystąpienia złożonego punktu końcowego (zgon sercowo-naczyniowy/hospitalizacja z powodu HF) ($p = 0,039$).

Przewlekła choroba nerek

Złożony nerkowy punkt końcowy

Populacja eGFR 60-90 ml/min/1,73 m²

Zgodnie z przeprowadzonym przez wnioskodawcę porównaniem pośrednim z wykorzystaniem danych pochodzących z publikacji Mosenzon 2019 oraz Herrington 2018, dotyczących złożonego nerkowego punktu końcowego nie stwierdza się istotnych statystycznie różnic między stosowaniem DAPA vs EMPA w populacji eGFR 60-90 ml/min/1,73 m². Ryzyko wystąpienia pogorszenia czynności nerek w grupie EMPA vs DAPA jest o około 18% wyższe [$RR=1,18$ (95%CI: 0,66; 2,12)] i o około 37% wyższe [$RR=1,37$ (95%CI: 0,96; 1,95)] przyjmując odpowiednio pierwszą lub drugą definicję złożonego nerkowego punktu końcowego.

Populacja UACR <30 mg/g

W populacji UACR <30 mg/g, dla złożonego nerkowego punktu końcowego nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic między stosowaniem DAPA vs EMPA. Ryzyko wystąpienia pogorszenia czynności nerek w grupie

EMPA vs DAPA jest o około 20% niższe [RR=0,80 (95%CI: 0,41; 1,54)] i o około 16% wyższe [RR=1,16 (95%CI: 0,75; 1,79)] przyjmując odpowiednio pierwszą lub drugą definicję złożonego nerkowego punktu końcowego.

Hospitalizacja związana z niewydolnością serca (HHF)

Zgodnie z przeprowadzonym przez wnioskodawcę porównaniem pośrednim dla punktu końcowego HHF nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic między stosowaniem DAPA vs EMPA. Ryzyko wystąpienia zgonu HHF w grupie EMPA vs DAPA jest o około 11% wyższe [HR=1,11 (95%CI: 0,69; 1,78)] i o około 12% wyższe [HR=1,12 (95%CI: 0,65; 1,93)] odpowiednio w populacjach eGFR 60-90 ml/min/1,73 m² oraz UACR <30 mg/g.

Średnioroczne całkowite nachylenie eGFR (chronic eGFR slope)

Zgodnie z przeprowadzonym przez wnioskodawcę porównaniem pośrednim z wykorzystaniem danych pochodzących z publikacji Mosenzon 2022 oraz Wanner 2018, dotyczących punktu końcowego średnioroczne nachylenie eGFR stwierdzono istotne statystycznie różnice między stosowaniem DAPA vs EMPA na korzyść EMPA. Średnia różnica poprawy w postaci wzrostu eGFR w skali roku wyniosła średnio 0,76 ml/min/1,73 m² [MD=0,76 (95%CI: 0,36; 1,17)]. W przypadku subpopulacji UACR przedstawiono dwa osobne porównania: EMPA UACR <30 mg/g vs DAPA UACR <15 mg/g oraz EMPA UACR <30 mg/g vs DAPA UACR 15-30 mg/g, ze względu na stratyfikację wyników w publikacji Mosenzon 2022. Różnice były istotne statystycznie na korzyść EMPA: średnioroczny wzrost eGFR wyniósł odpowiednio 0,69 ml/min/1,73 m² [MD=0,69 (95%CI: 0,24; 1,13)] oraz 0,64 ml/min/1,73 m² [MD=0,64 (95%CI: 0,17; 1,10)].

Wytyczne kliniczne

W leczeniu CT2 u osób dorosłych aktualne wytyczne kliniczne (PTD 2025, IDF 2025, ISPAD 2024, ADA 2026, RACGP 2025, CDA 2024) zalecają stosowanie inhibitorów SGLT2 (flozyn). Flozyny są rozważane jako leki pierwszego wyboru przy rozpoczynaniu terapii (PTD 2025). Stosowanie metforminy z inhibitorem SGLT2 jest zalecane jako terapia początkowa u otyłych pacjentów bez powikłań sercowo-naczyniowych lub z ich niskim ryzykiem (DF 2025). U osób ze schorzeniami sercowo-naczyniowymi lub nerkowymi oraz u pacjentów z wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym w momencie rozpoznania CT2 agonista receptora peptydu glukagonopodobnego typu 1 (GLP1-Ras) i/lub inhibitor SGLT2 powinny być zastosowane jako terapia początkowa (CDA 2024). W przypadku niewystarczającej kontroli glikemii już leczonej

CT2 zaleca się dodanie do metforminy / terapii skojarzonej inhibitora SGLT2 (IDF 2025, RACGP 2025).

Wytyczne (ADA 2026, PTD 2025, ISPAD 2024, NICE 2023) zalecają stosowanie inhibitorów SGLT2 w leczeniu CT2 w populacji pediatrycznej w przypadku braku skuteczności metforminy (z długo działającą insuliną lub bez niej) (ADA 2026); przed rozpoczęciem i/lub intensyfikacją terapii insulinowej (ADA 2026); na początku terapii (PTD 2025); u pacjentów dłużej chorujących przy braku dostatecznego wyrównania glikemii ($HbA1c \geq 6,5\%$) i braku normalizacji masy ciała pomimo stosowania metforminy jako drugi lek hipoglikemizujący (PTD 2025); jeśli $HbA1c < 6,5\%$ (53 mmol/mol) nie zostanie osiągnięta (ISPAD 2024).

W leczeniu dorosłych pacjentów z objawową przewlekłą niewydolnością serca zaleca się stosowanie politerapii standardowej ACEI/ARNI/ARB, β -adrenolityk, MRA/diuretyki, do której dodawany jest inhibitor SGLT2 celem osiągnięcia pełnej terapii w krótkim horyzoncie czasowym, optymalnie nieprzekraczającym 3 miesięcy (ACC 2024).

W leczeniu dorosłych pacjentów z przewlekłą chorobą nerek (PChN) (z lub bez cukrzycy) w drugiej kolejności wskazuje się na możliwość stosowania inhibitorów SGLT-2 (mogą być stosowane w połączeniu z ACEi lub ARB, a także w monoterapii) (wytyczne KDIGO 2024, UKKA 2023, PTN 2024). Zaleca się stosowanie SGLT-2 u wszystkich pacjentów z cukrzycą typu 2 i PChN nawet przy eGFR na poziomie $> 15 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ (ABCD-UKKA 2024).

Problem ekonomiczny

Objęcie refundacją produktu Diaflic jako pierwszego odpowiednika dapagliflozyny spowoduje obniżenie limitu finansowania w grupie limitowej 251.0, co przełoży się na znaczny wzrost dopłaty pacjenta i niższą dopłatę NFZ do innych leków z grupy flozyn. Zainicjuje to proces przejmowania przez wnioskowaną technologię części udziałów rynkowych pozostałych flozyn. W 2-letnim horyzoncie czasowym (2026 – 2027) udział tańszego produktu leczniczego Diaflic w rynku będzie wynosił odpowiednio w terapii: CT2 - 24 i 35%; niewydolności serca – 26 i 38%; przewlekłej chorobie nerek – 29 i 41%.

Dodatkowo przedstawiono również wariant Analizy Wpływu na Budżet zakładający utworzenie osobnej grupy limitowej dla dapagliflozyny (tj. dla wnioskowanego leku Diaflic oraz leku Forxiga, natomiast pozostałe flozyny zostałyby w dotychczasowej grupie limitowej). W tym przypadku lek Diaflic przejmuje część zużycia dotychczas refundowanego leku Forxiga,

natomiast odpłatność za kanagliflozynę i empagliflozynę nie zwiększa się wraz z refundacją leku Diafrix. Stąd, w założeniu Wnioskodawcy, nie występuje czynnik mogący skłaniać do wystąpienia substytucji terapeutycznej w obrębie pozostałych flozyn (Jardiance, Invokana).

Wpływ na budżet płatnika

W przypadku włączenia leku Diafrix do grupy limitowej 251.0, zgodnie z oszacowaniem Wnioskodawcy, biorąc pod uwagę efekt rozszerzenia wskazań refundacyjnych dapagliflozyny (a tym samym częściowe przejęcie udziałów rynku pełnopłatnego flozyn), jak i efekt generyczny/substytucyjny (związany z przejmowaniem udziałów rynkowych leków refundowanych, jako tańszy odpowiednik terapeutyczny), całkowity koszt inkrementalny stosowania produktu Diafrix będzie [] we wszystkich grupach chorych w I i II roku w perspektywie wspólnej odpowiednio o [] zł i [] zł w populacji chorych z CT2; o [] zł i [] zł w populacji z niewydolnością serca oraz o [] zł i [] zł w populacji z przewlekłą chorobą nerek). Wg obliczeń własnych Agencji, uwzględniających aktualny limit finansowania leków z grupy 251.0, poziom [] z perspektywy wspólnej w I i II roku analizy będzie nieco niższy, odpowiednio [] mln i [] mln zł w populacji chorych z CT2; [] mln i [] mln w II roku analizy w populacji chorych z niewydolnością serca oraz [] mln i [] mln w populacji z przewlekłą chorobą nerek. Z perspektywy płatnika publicznego, po uwzględnieniu rzeczywistych RSS, w I roku analizy koszty będą [] o [] mln zł, a w II roku analizy oszczędności będą wynosiły [] mln zł w populacji chorych z CT2; w populacji chorych z niewydolnością serca w I roku analizy koszty będą [] o [] mln zł, a w II roku będą [] o [] mln zł; w populacji chorych z przewlekłą chorobą nerek koszty będą [] o [] tys zł i [] tys. zł odpowiednio w I roku i II roku analizy.

Zgodnie z analizą Wnioskodawcy, w przypadku finansowania Diafrixu w obrębie oddzielnej grupy limitowej dla dapagliflozyn (Diafrix i Forxiga) z perspektywy płatnika publicznego całkowite koszty inkrementalne w I i II roku analizy będą [] odpowiednio o [] zł i [] zł w populacji chorych z CT2; w populacji chorych z niewydolnością serca o [] zł i [] zł; w populacji chorych z przewlekłą chorobą nerek [] zł i [] zł.

Rekomendacje refundacyjne

Nie odnaleziono rekomendacji refundacyjnych dla produktu leczniczego Diafrix. Lek oryginalny Forxiga (dapagliflozyna) otrzymał 12 rekomendacji pozytywnych, 6 rekomendacji pozytywnych warunkowo oraz 5 rekomendacji negatywnych jako lek stosowany w terapii CT2. Odnaleziono 9 rekomendacji pozytywnych dotyczących stosowania dapagliflozyny w przewlekłej niewydolności serca w subpopulacji z obniżoną frakcją wyrzutową serca, 8 rekomendacji pozytywnych odnosiło się do subpopulacji z zachowaną lub łagodnie obniżoną frakcją wyrzutową serca (tj. z LVEF >40%) i 1 rekomendację negatywną. Odnaleziono 7 rekomendacji pozytywnych dotyczących stosowania dapagliflozyny w terapii przewlekłej choroby nerek.

Główne argumenty decyzji

- Wysoki koszt dla budżetu płatnika publicznego wynikający z rozszerzenia populacji;
- Koszt dla pacjenta miesięcznej terapii jest na akceptowalnym poziomie.

Tryb wydania stanowiska

Stanowisko wydano na podstawie art. 35 ust. 1 pkt. 2 ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 907 z późn. zm.), w zw. z art. 31s ust. 6 pkt 2 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r., poz. 1461), z uwzględnieniem analizy weryfikacyjnej nr: OTAP.423.1.2025 „Wniosek o objęcie refundacją leku Diafrix (dapagliflozyna) we wskazaniach: Cukrzyca typu 2 – u dorosłych pacjentów i dzieci w wieku 10 lat i starszych w leczeniu niewystarczająco kontrolowanej cukrzycy typu 2, jako leczenie wspomagające dietę i ćwiczenia fizyczne - w monoterapii, gdy stosowanie metforminy nie jest właściwe ze względu na brak tolerancji; - w skojarzeniu z innymi produktami leczniczymi przyjmowanymi w leczeniu cukrzycy typu 2; leczenie przewlekłej choroby nerek u dorosłych; leczenie objawowej przewlekłej niewydolności serca u osób dorosłych”, data ukończenia: 23 stycznia 2026 r.

KARTA NIEJAWNOŚCI

Dane zakreślone **kolorem żółtym** stanowią informacje publiczne podlegające wyłączeniu ze względu na tajemnicę przedsiębiorcy (Zakłady Farmaceutyczne POLPHARMA S.A.).

Zakres wyłączenia jawności: dane objęte oświadczeniem (Zakłady Farmaceutyczne POLPHARMA S.A.) o zakresie tajemnicy przedsiębiorcy.

Podstawa prawna wyłączenia jawności: art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2022r., poz. 902) w zw. z art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz. U. z 2022 r., poz. 1233), art. 35 ust. 4a - 4b i art. 35a ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 907 z późn. zm.).

Organ dokonujący wyłączenia jawności: Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Podmiot w interesie którego dokonano wyłączenia jawności: (Zakłady Farmaceutyczne POLPHARMA S.A.).

Dane zakreślone **kolorem szarym** stanowią informacje publiczne podlegające wyłączeniu ze względu na tajemnicę przedsiębiorców (AstraZeneca AB, Boehringer Ingelheim sp. z o.o.).

Zakres wyłączenia jawności: dane objęte oświadczeniem (AstraZeneca AB, Boehringer Ingelheim sp. z o.o.) o zakresie tajemnicy przedsiębiorcy.

Podstawa prawna wyłączenia jawności: art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2022 r., poz.902) w zw. z art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz. U. z 2022 r., poz. 1233) i , art.. 35 ust. 4a - 4b i art. 35a ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 907 z późn. zm.).

Organ dokonujący wyłączenia jawności: Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Podmiot w interesie którego dokonano wyłączenia jawności: (AstraZeneca AB, Boehringer Ingelheim sp. z o.o.).